

【別紙1】ふれあいフェスティバル出演申込書

申込日 令和 年 月 日

連絡先	団体名		
	代表者名		
	障がい種別	<input type="checkbox"/> 視覚障がい <input type="checkbox"/> 聴覚障がい <input type="checkbox"/> その他	
住所	〒		
	TEL・FAX		
	メール		
プログラム	内容		
	出演人数（ 名）		
	出演者名		
	※当日受付にて来場確認を行います。団体ごとに参加者名簿(氏名)を10月31日までに提出してください。		
	1. タイトル(曲名等)	作詞・作曲者	
	歌詞 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※歌詞資料は、10月31日までに提出してください。		
2. タイトル(曲名等)	作詞・作曲者		
歌詞 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
準備物	必要なセンター備品がありましたら、チェックしてください。		
	<input type="checkbox"/> マイク <input type="checkbox"/> マイクスタンド <input type="checkbox"/> 机() <input type="checkbox"/> 椅子()		
	<input type="checkbox"/> 電源コード <input type="checkbox"/> その他 ()		

《連絡先》 愛媛県視聴覚福祉センター(担当:川端) TEL 089-923-9093 FAX 089-923-9224

※演奏時間は10分(挨拶等含む)です。 〆切:10月17日(月)

※今回知り得た個人情報、申し込みのあった事業以外に使用することがないよう管理します。