ＦＡＸ送付先：045-681-7606

ヨコハマトリエンナーレ2014　障害者団体申込書

　　　　　　　　　　　　　　申込日　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ | 　 |
| 団 体 名 |  |
| 所 在 地 |  |
| 日　　時 | 【第1希望】　　　月　　　日（　　　）　　　時　　　分～　　　時　　　分【第２希望】　　　月　　　日（　　　）　　　時　　　分～　　　時　　　分 |
| 会　　場(☑して下さい) | 　□美術館会場のみ　　□美術館会場→新港ピア会場　　□新港ピア会場のみ |
| 人　　数 | 　　　　　　　　　　　人（介護者　　　　人） |
| 担当者お名前ご連絡先 |  | 　 |
| 電話／FAX番号**＊必ずご記入ください** | 　電話：　　　　（　　　　　　）　FAX ：　　　　（　　　　　　） |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 希望する／希望しない　のどちらかに☑して下さい。ご要望があれば空欄にご記入下さい。 | 【横浜美術館のバス駐車場の利用】　**□希望する　　　　□希望しない**＊別途、担当者から利用方法について連絡いたします。＊新港ピア会場鑑賞の場合、近隣駐車場をご利用ください。 |
| 【鑑賞前の事前ガイダンス（15分程度）】　**□希望する　　　　□希望しない**＊横浜美術館会場で行います。＊ご希望に沿えない場合もございますので、ご了承ください。＊事前ガイダンスを希望されない場合は、鑑賞前に注意事項のみお伝えいたします。 |
| 【下見】　人数　　　　（　　　　）人第1希望　　　月　　　日（　　　）　　時　　　分～　　　時　　　分第２希望　　　月　　　日（　　　）　　時　　　分～　　　時　　　分 |
| 【ご要望等】 |

横浜トリエンナーレ組織委員会事務局より、**申込書受領の電話連絡**を行います。**３日以内に電話連絡がない場合は、恐れ入りますが再度お送りください。**

また、内容確認後に申込受付書を返信します。**申込受付書の受領により申込確定となりますので、ご注意ださい。**