

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)	<input type="checkbox"/> 美術館会場のみ <input type="checkbox"/> 美術館会場→新港ピア会場 <input type="checkbox"/> 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	フリガナ お名前		
	電話/FAX 番号 *必ずご記入ください	電話: ()	FAX: ()
	メールアドレス		
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】 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 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)】 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 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、ご注意ください。