

F A X送付先 : 045-663-1928

ヨコハマトリエンナーレ 2011 障害者団体申込書

申込日 月 日

フリガナ		
名 称		
所 在 地		
日 時	月 日 () : ~ : (うち横浜美術館会場 : ~ :)	
人 数	人 (介護者 人)	
担当者お名前 ご連絡先	フリガナ 名前	
	電話番号	() *必ずご記入ください
	FAX 番号	() *必ずご記入ください
	メールアドレス	
希望する／希望しないの どちらかにチェックをつけて ください。 ご要望があれば空欄にご記入 ください。	<p>◆ 横浜美術館でバスの駐車場の利用を <input type="checkbox"/>希望する <input type="checkbox"/>希望しない</p> <p>*別途、担当者から利用方法について連絡いたしますので、3日前までにお申し込みください。</p> <p>*日本郵船海岸通倉庫、その他周辺地域の会場鑑賞の場合、近隣駐車場をご利用ください。</p> <p>◆ 鑑賞前の解説(15分程度)を <input type="checkbox"/>希望する <input type="checkbox"/>希望しない</p> <p>*横浜美術館会場で行います。</p> <p>*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。</p> <p>ご要望等 ()</p>	

* 確認後、ご連絡いたします。