

「小千谷総合病院 アートスペース」 利用申込書

申込日： 20 年 月 日

団体名		代表者氏名	
		連絡先 (住所)	
		(電話番号)	
展示物の 種類・内容	絵画 ・ 書 その他()	展示物の 数・重量	
展示希望期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		
備考(希望等)			

・「小千谷総合病院 アートスペース」利用規定を守り、上記のとおり申し込みます。

・貴院に不都合な行為が生じた場合は、一切当方が責任を負います。

(病院記入欄)

病院長	事務長	総務課長

(展示許可期間)

20 年 月 日
20 年 月 日