

ギャラリー虹 出展受付票

出展者プロフィール

| | | | |
|-------------|---|----------|------------------|
| 住所 | 〒 | | |
| フリガナ 氏名 | | 電話 番号 | |
| タイトル 作品名 | | 備考 | 作品数： 団体名： |

出展日時

| | | | |
|-------|---------|----------|--|
| 展示希望日 | ～ | | |
| 搬入 | 引受 ・ 引取 | 担当 職員 | |

○ 展示要項

- ・ 展示期間は基本的に3週間となります。
- ・ 展示作業は基本的に、出展者様におこなって頂きます。
- ・ 展示中、作品の盗難・破損等がございましたも、当クリニックでは一切の責任を負う事はできません。ご了承お願いします。

その他、搬入・搬出等ご質問がある方は、まずは担当の方までご連絡ください。

TEL： (0776) 24-3310 [クリニック本線]

担当： 医事課：小林梨絵子