

10月25日開催 「第19回大崎福祉夢まつり」 出店申込書

公益社団法人 大崎法人会
会長 早坂竜太殿

7月18日まで受付

「第19回大崎福祉夢まつり」に出店を申し込み致します。

施設名			
住所	〒		
電話番号		FAX番号	
夢まつり当日の 緊急連絡先	* 夢まつり当日に参加される担当者様をご記入ください。 氏名（ ） 携帯番号（ ）		
出店品目	* プログラムに掲載しますので、30字以内でご記入ください。		
火器使用の有無	無 ・ 有（使用器材： ）		
必要とするブース スペースや備品等	ブーススペース	テント 1 張 ・ 半 分 ○で囲んでください （1張 - 幅6m×奥行3m、半分 - 幅3m×奥行3m）	
	テーブル（長机）	個	必要最低限の数量で お申し込みください
	イス	個	
	その他		
当日の参加予定人数	施設担当者： 名 施設利用者： 名		
施設のプロフィールをご紹介ください			

夢まつりのステージで皆さんのパフォーマンスを披露してください（^o^）

内 容 （ダンス・歌・太鼓・楽器演奏等なんでもOKです）

希望所要時間

分

FAX番号 0229-22-6395