令和７年度 県立淡路医療センター

受付番号

院内ミニコンサート申込用紙

※二重線枠内、日付、署名欄をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 出演者名又は出演団体名 | フリガナ |
|  |
| 代表者氏名 | フリガナ |
|  |
| 住所 | 〒　　　　　　 |
| 電話連絡先（日中連絡が付くもの） |  |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　@ |
| 出演人数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 院内ピアノ使用の有無 |  |
| その他使用楽器 |  |
| 出演希望日（複数記載可） |  |
| 過去にコンサート等の出演実績があれば、ご記入ください。（多数ある場合は、代表して３つまで） |  |
| 演奏内容とアピールポイントをご記入ください |  |

淡路医療センターミニコンサートの主旨を理解しましたので、コンサート出演を申し込みます。

　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　 　　　（署名）