**砂川空知ポップ・アート展『100の物語展』**

**参加応募用紙**

***Entry form****【申込日】　　　　年　　　　月　　　日*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *フリガナ*  *応募者名* | *（グループの場合はグループ名と代表者名）* | | | *作品制作歴* |
|  |
| *年　齢* |  | *性別* | *男　・　女* |  |
| *ＴＥＬ* |  | | |  |
| *ＦＡＸ* |  | | |  |
| *メール* |  | | |  |
| *住　所* | 〒 | | |  |
|  | | |  |
| *フリガナ*  *作品名* | *制作年　　　　年　・　新作* | | | |
| *材質等* |  | | | |
| *大きさ* | *・大きさ　幅Ｗ　　　　　/　高さＨ　　　　　/　奥行Ｄ　　　　　　/　重量Ｇ* | | | |
| *作品プランについてコメント* | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| *展示方法等についての希望や注意点ありましたら記入ください* | | | | |

※作品制作段階での応募も可能です。その場合は、書ける範囲で記入お願いします。

※作品写真を添付可能な方はメールにお願いします。

応募先　メール：you@you.or.jp　/　ＦＡＸ：0125-54-3119

【問い合わせ・応募先】　　砂川市地域交流センターゆう　TEL:0125-54-3111　/　FAX：0125-54-3119

〒073-0153　砂川市東3条北2丁目3-3