|  |
| --- |
| ①氏名・性別・年齢 |
|  |
| ②疾患名 |
|  |
| ③疾患や作品制作に関する経緯（作者プロフィール）　※顔写真掲載　可・否 |
|  |
| ④所属（通院先、通所先） |
|  |
| ⑤フリーコメント |
|  |
| ⑥作品作品情報（出品作品すべてを記載） |
| No. | 作品タイトル | 作品形態 | 展示方法  | 大きさ(縦×横cm) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ⑦住所（自宅もしくは通院先、通所先） |
|  |
| ⑧連絡先（電話番号またはＥメール） |
|  |

**※注意点※**

南多摩高次脳機能障害支援センター

FAX：042-666-5881

1. ①～⑥に記載された情報は、出品作品と合わせて掲示いたします。ご了承の上、掲示可能な範囲でご記入ください。
2. 出品作品情報について、作品形態は「水彩」「写真」「手芸」等、作品制作の主となる技法についてご記入ください。展示方法は「紐で吊るす」「画鋲で留める」等、壁に飾り付けるための方法についてご記入ください。
3. 作品形態は、壁面に飾れるもののみとします。また安全のため転倒や破損の恐れがあるものは出品不可とします。
4. 応募が多数になった場合は実行委員会により選考させていただく場合があります。
5. 締め切り：平成２９年９月２４日(日)※エントリー締め切り