|  |
| --- |
| 応募作品について |
| 作品名 | ここをクリックまたはタップして入力 |
| 作品種別 | 該当する項目に☑をつけてください[ ] 絵画 [ ] 書 [ ] イラスト [ ] グラフィックデザイン（印刷されたもの）[ ] 写真 [ ] 平面造形 [ ] 立体造形 [ ] その他（ 　　　　概要を入力　　　　 ） |
| 大きさ重さ | 縦（高さ）入力ｍｍ | 横（幅）入力ｍｍ | 奥行（立体の場合）入力ｍｍ |
| 素材 | 例）アクリル絵具、布、ワイヤー、など入力 | 重量　約 入力 ㎏ |
| 作　品　写　真 |
| 作品の上下を合わせて、応募作品の写真を貼り付けてください。※事前に主催者が作品展示をする際、レイアウトをイメージするためです。**(作品上側)****(作品下側)** |
| 以下の項目をご確認いただき、☑をしてください。 |
| [ ]  作品サイズは基準のサイズを超えていませんか？[ ]  作品サイズが基準のサイズを超えている場合は、健康福祉プラザでの展示ができませんがよろしいですか？[ ]  作品を移動に耐えられるような補強をされましたか？ |

**sakai ARTcation 2025 応募用紙②**

**sakai ARTcation 2025 応募用紙①**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| sakai ARTcation出展経験 | [ ] 初出展　[ ] 出展経験あり | 受付番号（記入は不要です） |  |
| 作者について |
| 作者名又は団体名 | フリガナ　ここをクリックまたはタップして入力 |
| ここをクリックまたはタップして入力 |
| 作品への思い | ここをクリックまたはタップして入力 |
| 作者が個人の場合は下の太枠内も記入 |
| 年齢 | 入力 | 障害・指定難病名 | 入力 | 手帳をお持ちの方 | [ ]  身　体[ ]  療　育[ ]  精神障害者保健福祉 | 入力級区分選択 |
| 在学先在勤先 | ここをクリックまたはタップして入力 |
| 応募者（連絡先）について |
| 氏名又は団体名 | フリガナ ここをクリックまたはタップして入力 | 作者との関係１ [ ] 作者本人 ２ [ ] 保護者３ [ ] 支援者 ４ [ ] その他（ 　　入力　　 ） |
| ここをクリックまたはタップして入力 |
| 住所 | 〒　入力　― 入力 | 入力 | [ ] 都 [ ]  道[ ] 府 [ ]  県 | 入力 | [ ] 市 [ ] 区[ ] 町 [ ] 村 |
| ここをクリックまたはタップして入力 |
| 電話・ＦＡＸ | 電　話（※日中、連絡がつく番号をご記入ください）入力 | ＦＡＸ入力 |
| メールアドレス | 入力＠入力 |
| ※支援者等が複数の作者の作品をまとめて応募する場合、下の事業所名・作品数を記載し、２枚目以降は上記「応募者（連絡先）について」の記載を省略できます。（複数で応募する作品数　　 入力点） |
| 【制作過程の画像のご提供について】sakai ARTcation 2025開催中、制作過程のスライドを会場にて来場者へ紹介します。また、展示が中止となった場合は、健康福祉プラザホームページで配信することを予定しています。 |
| 画像データをご提供いただけますか？　　（　[ ] はい　　　　　・　　　[ ] いいえ　　　） |
| ※「はい」と、お答えいただきましたら、後日主催者からメールにてご連絡致しますので、**メールアドレスは必ずご記入ください。**※メールアドレスが無い場合は連絡できません |

初　　2回目　　3回目

*sakai ARTcation 出展経験*

sakai ARTcation 2016 応募用紙①

〒590-0808堺市堺区旭ケ丘中町４丁３番１号

堺市立健康福祉プラザ　４階　市民交流センター

TEL：072-275-5017　/　FAX：072-243-0330

E-mail：artcation\_moushikomi@sakai-kfp.info

応募用紙

受付・送付先

※応募用紙及び写真は返却いたしません。必要であればコピーをとって保管してください。