

# sakai ARTcation 2021 応募用紙①

|                                                                                                          |                         |                                  |                                                                                                                                               |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| sakai ARTcation<br>出展経験                                                                                  |                         | 初 2回目 3回目 4回目<br>5回目 6回目 7回目 8回目 | 受付番号<br>(記入は不要です)                                                                                                                             |                                                        |
| 作者について                                                                                                   |                         |                                  |                                                                                                                                               |                                                        |
| 作者名又は<br>グループ名                                                                                           | フリガナ                    |                                  |                                                                                                                                               | 年齢                                                     |
|                                                                                                          | 作 者 名<br>制作団体           |                                  |                                                                                                                                               |                                                        |
| 障 害 名                                                                                                    |                         | 手帳を<br>お持ちの方                     | <input type="checkbox"/> 身 体                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 療 育<br>該当に○をしてください<br>A B1 B2 |
| 指定難病名                                                                                                    |                         |                                  | <input type="checkbox"/> 精神障害者<br>保健福祉                                                                                                        |                                                        |
| 応募者(連絡先)について                                                                                             |                         |                                  |                                                                                                                                               |                                                        |
| 応募者又は<br>グループ<br>代表者                                                                                     | フリガナ                    |                                  | 作者との関係<br>1 <input type="checkbox"/> 作者本人 2 <input type="checkbox"/> 保護者<br>3 <input type="checkbox"/> 支援者 4 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                        |
|                                                                                                          | 氏 名                     |                                  |                                                                                                                                               |                                                        |
| 住 所                                                                                                      | 〒 市 区                   |                                  |                                                                                                                                               |                                                        |
|                                                                                                          |                         |                                  |                                                                                                                                               |                                                        |
| 電話・FAX                                                                                                   | 電 話 (※日中、連絡がつく番号を記入のこと) |                                  | FAX                                                                                                                                           |                                                        |
| 在学先<br>在勤先                                                                                               |                         |                                  |                                                                                                                                               |                                                        |
| メール<br>アドレス                                                                                              | @                       |                                  |                                                                                                                                               |                                                        |
| ※支援者が利用者の作品をまとめて応募される場合、下の事業所名・作品数を記載し、2枚目以降は<br>上記「応募者(連絡先)について」の記載は、必要ありません。<br>(事業所名 ) (複数で応募する作品数 点) |                         |                                  |                                                                                                                                               |                                                        |
| 作品への思い                                                                                                   |                         |                                  |                                                                                                                                               |                                                        |

## 【制作過程の画像のご提供について】

sakai ARTcation 2021 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

# sakai ARTcation 2021 応募用紙②

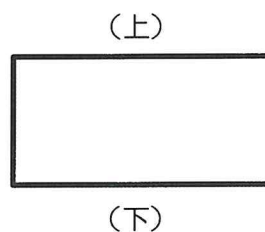
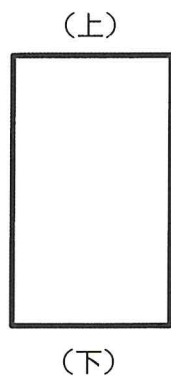
## 応募作品について

|           |                                                                                      |            |                 |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|
| 作品名       |                                                                                      |            |                 |
| 作品種別      | 該当する項目に○をつけてください<br>絵画 ・ 書 ・ イラスト ・ グラフィックデザイン（印刷されたもの）<br>写真 ・ 平面造形 ・ 立体造形 ・ その他（ ） |            |                 |
| 大きさ<br>重さ | 縦（高さ）<br>mm                                                                          | 横（幅）<br>mm | 奥行（立体の場合）<br>mm |
| 素材        | 例）アクリル絵具、布、ワイヤー、など                                                                   |            | 重量<br>約 kg      |

## 作 品 写 真

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。  
 ※作品を撮影していただき、上下がわかるように指示してください。

【 例 】



※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。

### 応募用紙受付・送付先

〒590-0808  
 堺市堺区旭ヶ丘中町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