

加古川中央市民病院ロビーコンサート申込用紙

応募条件等を確認・同意のうえ、加古川中央市民病院ロビーコンサートへの出演を申し込みます。

ふりがな			出演人数	人
出演団体名				
代表者	ふりがな			
	氏名			
	日中の連絡先			
	住所	〒		
	E-Mail			
加古川市外に在住の方は、いずれかにチェックをお願いします 加古川市内在勤 ・ 加古川市内在学 ・ 加古川市内で活動 ・ 該当なし				
構成 (使用楽器等)		※使用する楽器を全て記載してください(例)ピアノ…1人、バイオリン…2人		
団体活動実績 (プロフィール)		※今までに参加したイベントや演奏会を記入ください。 ※団体活動が確認できる HP、SNS、YouTube 等がありましたら記入ください。		
出演希望日 ※出演を希望する日が複数ある場合は、希望順に記入してください。	第1希望	月 日(木)	〈開催日〉 【2026年】 7月16日(木) 10月15日(木)	
	第2希望	月 日(木)	【2027年】 1月21日(木)	
	第3希望	月 日(木)		

<締め切り> 出演希望日の2か月前の月末(必着)

FAXでお申込みの場合は、必ず受信確認のお電話(☎ 079-451-5500)をお願いします。

申込者多数の場合は、院内で選考を行います。

出演が決定された団体だけに、締め切り後10日以内に代表者に電話にてお知らせします。

【お問合せ】

加古川中央市民病院 総務課
加古川市加古川町本町 439 番地
Tel 079-451-5500
Fax 079-451-5548
メール w.soumu@kakohp.jp