

# オレンジドームゆがわら「ギャラリーコーナー」のお知らせ

開設保養所 オレンジドームゆがわら



参加できる方 当組合の被保険者

・被扶養者

展示品 絵画・書・写真・手芸等

出展日程 組合と打ち合わせのうえ協議する

展示期間 展示開始より3ヶ月以内とする。但し延長も可能。

申込方法 「作品出展申込書」及び作品の画像を郵送・メール

またはFAXで健康事業課へ提出 ※画像は郵送かメールでお願いします



〒113-8566 文京区湯島3-15-4

東京都電機健康保険組合 健康事業課宛

メール : kenkojigyo@tokyo-denki-kenpo.org

FAX: 03-3837-1275

費用 出展費用は無料。但し搬入・搬出に係る費用は、  
展示希望者が負担。

特典 搬入・搬出時において宿泊希望の場合、空室があれば展示希望者及び同伴者1名までの宿泊を一泊無料とします。（但し、年末年始・ゴールデンウィーク・ハイシーズン（8月）は除く）

注意事項

- ・営利を求めるることはできません。
- ・健康保険組合の広報誌及びホームページ等において掲載する場合があります。
- ・応募数や展示物により、展示スペースがなくなり次第、応募を締め切らせていただく場合があります。

お問い合わせは健康事業課まで 03-3834-7216

オレンジドームゆがわら「ギャラリーコーナー」

# 作品出展申込書

記号番号 \_\_\_\_\_ 出展者氏名 \_\_\_\_\_

被保険者からみた続柄 ( )

申込期間 / から / まで 連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

作品種類 絵画 書 写真 手芸 その他 ( )

※別途作品の全容がわかる写真を、郵送またはメールにてお送りください。

大きさ 縦 \_\_\_\_\_ cm × 横 \_\_\_\_\_ cm × 高 \_\_\_\_\_ cm ※額縁・装飾品等を含む

搬入希望日	① / ② / ③ /	宿泊	あり・なし	※宿泊「あり」と記入された場合は、直営保養所利用申込書も一緒にご提出ください。 (搬入・搬出とも宿泊ありの場合は、それぞれ1枚ずつ必要です。)
搬出希望日	① / ② / ③ /	宿泊	あり・なし	

第3希望まで記入

## ギャラリーコーナー出展要項

出展会場	オレンジドームゆがわら
参加対象	当組合の被保険者・被扶養者
展示品	絵画・書・写真・手芸等
展示期間	原則、展示開始より3ヶ月以内(延長可) 組合と打ち合わせのうえ協議する
費用	出展費用は無料 但し搬入・搬出に係る費用は、展示希望者が負担
特典	搬入・搬出時において宿泊希望の場合、空室があれば展示希望者 及び同伴者1名までの宿泊を一泊無料とする。同伴者2名以上宿泊不可。 (但し、年末年始・ゴールデンウィーク・ハイシーズン(8月)を除く)
注意事項	<ul style="list-style-type: none"><li>・営利を求めない。</li><li>・健康保険組合の広報誌及びホームページ等において 掲載を許可する。</li><li>・天災、その他不可抗力による時由により生じた損害・盗難等 については健康保険組合は一切の責任を負わない。</li><li>・応募数や展示物により、展示スペースがなくなり次第、応募を 締め切らせていただく場合がある。</li><li>・本書に記載のない事項が生じた場合は、当事者双方で誠意を もって協議の上決定する。</li></ul>

上記内容に同意し、申し込みを行います。

年 月 日

出展者署名欄

# 直営保養所 利用申込書

※抽選申込の場合は第一希望のみの申込となります。

保養所名	オレンジドームゆがわら					ご利用する方を全てご記入ください					
						記号	番号	氏名(フリガナを付けてください)			性別
利用月日 <small>同一の月内において第五希望まで申し込みます。</small>	第一希望	月	日( )	より	泊	1				男 西暦 年 女 月 日	
	第二希望					2				男 西暦 年 女 月 日	
	第三希望					3				男 西暦 年 女 月 日	
	第四希望					4				男 西暦 年 女 月 日	
	第五希望									男 西暦 年 女 月 日	
所属区分 <small>どちらか選んでください。</small>	①東京都電機健康保険組合の被保険者または被扶養者 ②資格喪失5年以内の方 ③東京都電機企業年金基金受給者					5				男 西暦 年 女 月 日	
	上記①・②の方				上記③の方	6				男 西暦 年 女 月 日	
	保険証の記号		番号		年金証書番号		7			男 西暦 年 女 月 日	
利用責任者名						8				男 西暦 年 女 月 日	
・2泊希望の方は、連泊できない場合どうされますか? ①利用しない ② _____月_____日なら1泊でも利用						9				男 西暦 年 女 月 日	
・男女同室でも利用しますか? 利用する しない						10				男 西暦 年 女 月 日	
連絡先	利用責任者電話番号 (携帯番号)	( )				大人	子供(小学生)	幼児	合計	食事無の幼児	
	F A X	( )				男性	女性	男性			女性
自宅住所 (利用通知書発送先となります) 〒						人	人	人	人	人	人
ご希望の日程がご利用可能でしたら、上記自宅住所に利用通知書を郵送いたします。 ご利用いただけない場合は、FAXまたはお電話(不在の場合は郵送)にてご連絡いたします。						組合使用欄	利 用 料 @	円 × 名 ×	泊 = ¥		
							利 用 料 @	円 × 名 ×	泊 = ¥		
							利 用 料 @	円 × 名 ×	泊 = ¥		

※ 該当箇所は、○でかこんでください。

※ 緊急時の連絡が取れるように「利用責任者電話番号(携帯番号)」は必ずご記入ください。

※ お申込みに係る個人情報については、各施設等の利用目的以外には使用いたしません。

東京都電機健康保険組合

FAX 03-3837-1275