

# 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

# 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。)
第3希望まで記入	_____			
搬出希望日	① / ② / ③ /	宿泊	あり・なし	
	_____			

## 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	生年月日						
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		日( )	より	泊	2					男	西暦	年		
											女	月	日		
	第三希望		日( )	より	泊	3					男	西暦	年		
										女	月	日			
	第四希望		日( )	より	泊	4					男	西暦	年		
										女	月	日			
	第五希望		日( )	より	泊	4					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				5						男	西暦	年		
	②資格喪失5年以内の方										女	月	日		
	③東京都電機企業年金基金受給者										男	西暦	年		
	上記①・②の方		上記③の方		6						女	月	日		
	保険証の 記号		番号		年金証書 番号						男	西暦	年		
										女	月	日			
利用責任者名						7					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						8					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						9					男	西暦	年		
											女	月	日		
連絡先	利用責任者電話番号 (携帯番号)	( )				10					男	西暦	年		
	F A X	( )									女	月	日		
自宅住所 (利用通知書発送先となります)								大 人		子 供 (小 学 生)		幼 児		合 計	食 事 無 の 幼 児
								男 性		女 性		3歳~未就学児			
〒								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。															

※ 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。