地方独立行政法人香取おみがわ医療センター

シンボルマークデザイン応募用紙

記入日　令和４年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 | フリガナ | 年　齢 |
|  |  歳 |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 職　　業 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 作品（jpeg等を枠内に貼付） | 作品コンセプト（作品意図、説明等）※200文字程度以内 |
|  |  |

・グループで応募の場合は、氏名欄にグループ名と代表者氏名を記入してください。

・年齢欄は、記入日現在の年齢（グループの場合は代表者の年齢）を記入してください。

・応募者が学生・生徒の方は、職業欄に学校名と学年を記入してください。

グループ構成員（代表者以外の者）（行が足りない場合は、適宜追加してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 年　齢 | 職　　業 |
|  |  歳 |  |
|  |  歳 |  |
|  |  歳 |  |
|  |  歳 |  |
|  |  歳 |  |

未成年者の応募に関する同意書

私は、下記応募者の親権者又は法定代理人として、未成年者である当該応募者が、地方独立行政法人香取おみがわ医療センターシンボルマークデザインの募集に応募するに当たり、募集要項に記載する全ての事項について了解の上、応募に同意します。

令和４年　　　月　　　日

記

応募者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 | フリガナ |
|  |
| 生年月日 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 | 年　齢 |  歳 |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

親権者又は法定代理人

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 | フリガナ | 応募者との関係 |
|  |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

・グループで応募の場合は、未成年者全員について１枚ずつ記入してください。

・氏名欄をそれぞれ自署したものを、ＰＤＦ化しファイル添付してください。（応募用紙と別ファイルで構いません。）