別紙①

地方独立行政法人知多半島総合医療機構

シンボルマークデザイン応募用紙

記入日　令和５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（任意） |  | |
| 職　　業 | 学生・生徒の方は、学校名と学年を記入してください。 | |

・グループで応募の場合は、代表者の情報を上記に記入してください。※グループ名は不要です。

・年齢欄は、記入日現在の年齢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 |
| ① |  | 歳 | 学生・生徒の方は、学校名と学年を記入してください。 |
| ② |  | 歳 | 学生・生徒の方は、学校名と学年を記入してください。 |
| ③ |  | 歳 | 学生・生徒の方は、学校名と学年を記入してください。 |
| ④ |  | 歳 | 学生・生徒の方は、学校名と学年を記入してください。 |