大崎市病院事業シンボルマークデザイン応募用紙

記入日　令和６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 | （　　　　　　　　　　　　　）  学生の場合は  学校名（　　　　　　　　　　　　）学年（　　　年） | |

・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。

・応募者が大学生・高校生以下の方は、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 | （　　　　　　　　　　　　　）  学生の場合は  学校名（　　　　　　　　　　　　）学年（　　　年） |
|  | 歳 | （　　　　　　　　　　　　　）  学生の場合は  学校名（　　　　　　　　　　　　）学年（　　　年） |
|  | 歳 | （　　　　　　　　　　　　　）  学生の場合は  学校名（　　　　　　　　　　　　）学年（　　　年） |
|  | 歳 | （　　　　　　　　　　　　　）  学生の場合は  学校名（　　　　　　　　　　　　）学年（　　　年） |

大崎市病院事業シンボルマークデザイン

|  |
| --- |
| 作品　縦横自由 |
|  |

|  |
| --- |
| 作品コンセプト（作品意図、説明等） |
| 200文字程度以内 |