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、大崎市病院事業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６年　　　月　　　日

記

応募者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名  （自署のみ有効） | 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  （自署のみ有効） | 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。