「桐生厚生総合病院ロゴマーク」デザイン応募用紙

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生年  月日 | (西暦)  年　　月　　日  (応募時点)　　　歳 |
| 氏　　名 |  | |
| 住　　所 | 〒 | | 桐生厚生総合病院との関係  □ 患者  □ 医療関係者  □ 職員（委託業者含む）  □ 一般  □ その他（　　　　　　　　） | |
| 電話番号 | ※日中連絡が取れる連絡先をご記入ください。 | |
| メールアドレス | |  |

※応募者の個人情報は、選考手続きに必要な範囲でのみ使用し、他には一切流用しません。ただし、採用作品の応募者の氏名は公表します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 作　　品（作品をＪＰＥＧ、ＰＮＧ、ＧＩＦデータに変換したものを貼り付けてください。） | | 作品番号 |
|  | |  |
|  |
| 作品の説明（作品意図、解説）※200字以内 | | |
| 同意事項 | 以下をご確認のうえ、チェックをお願いします。  □ 募集要項に記載された内容に同意する。  □ 15歳以下の場合、募集要項に記載された内容を保護者に確認し、同意を受けた。 | |