

認知症ヘルプマークデザイン 応募用紙

(フリガナ) 応募者氏名・年齢		(年齢 歳)
職業等	職業 ()・学生・無職	
住所	〒	
連絡先	電話番号	
	メールアドレス	@
親権者同意欄 ※応募者が未成年者 (18歳未満)の場合に記入	認知症ヘルプマークデザインの応募に同意しました。 親権者等(代理人)氏名 _____	
作品タイトル (ない場合は空欄)		
作品に込めた思いが ございましたら記入 してください		
同意事項	応募される方は、認知症ヘルプマークデザイン募集要項に記載された内容について同意したものとみなします。	

【注意事項】

- ※1 応募は、1人3点まで可能です。1作品ごとに応募用紙1枚を使用し、上の必要事項を全て記入してください。
- ※2 応募用紙1枚につき、デザインデータ1つを提出してください。
- ※3 手書き作品をスキャンしたもの等による応募も可。

【提出期限】 令和6年6月28日(金)まで ※当日消印有効

【提出先】 〒474-8701 愛知県大府市中央町五丁目70番地
大府市福祉部高齢障がい支援課高齢福祉係

電話：0562-45-6289、メール：kourei-shougai@city.obu.lg.jp