

社会福祉法人 鎌倉市社会福祉協議会

「マスコットキャラクター」愛称応募用紙

●「社会福祉法人鎌倉市社会福祉協議会マスコットキャラクター愛称募集要項」の内容に同意して応募します。

応募者 情報	(ふりがな) 氏 名		年 齢	歳
	住 所	〒		
	電話番号		職 業 (学年)	
保護者 の同意	18歳未満の方は保護者の同意が必要です。			
	<input type="checkbox"/> 上記応募者が標記の愛称募集に応募することに同意します。			
	住 所	〒		
	氏 名 (署名)			

●応募愛称名

--

●応募した愛称についての解説・込められた作者の思いなど自由にご記入ください。

--

