

滑川町福祉センター愛称 応募用紙

ふりがな		
氏名		
住所	〒	
生年月日	(未成年の場合は保護者の同意が必要です。)	
電話番号		
メールアドレス		
職業 (会社員、農業、学生等)		
愛 称		
愛称の コンセプト 100字程度		
保護者の同意欄 (応募者が未成年の場合のみ)	応募者は未成年ですが、滑川町福祉センター愛称募集に応募することに同意します。	
	住所	
	氏名	
	電話番号	

注意1) 募集要項をよく読んで上でお申し込みください。

注意2) 募集期間は令和7年5月16日(金曜日)までです。

注意3) 応募者の個人情報は、滑川町個人情報の保護に関する法律施行条例(令和5年条例第1号)に基づき適切に管理し、作品の審査及び発表に限り使用します。

問合せ先 滑川町役場
福祉課 こども福祉担当
電話 0493-56-2056