**栃木県後期高齢者医療広域連合シンボルマーク応募用紙**

（留意事項）

・募集要項の内容に同意の上、ご応募ください。

・応募用紙1枚につき、作品1点とします。

・応募の締め切りは、令和５年８月３１日（木）必着です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 年　　齢 |
| 氏　　名  （団体の場合は、  団体名及び代表者名） |  | （　　　歳） |
| 郵便番号 | 〒 | |
| 住　　所 |  | |
| 電話番号 | －　　　　－ | |
| 職　　業 | ※学生の場合は学校名と学年 | |
| 作品の説明  （意図や想い）  200字以内 |  | |

シンボルマーク記入欄

|  |
| --- |
|  |