

(一社) 福岡市民間障がい施設協議会ロゴマーク応募用紙

◆ロゴマーク案 ◆

--

※他の電子データ「ロゴマーク案」で提出する場合は案の記入は不要です。以下のみ記入して下さい。

◆ロゴマーク案の説明◆ (100文字程度で、作品のイメージやコンセプトを書いてください。)

--

◆応募者の情報 ◆

申込施設 (事業所) 名		担当職員氏名		
ふりがな			年齢	歳
作成利用者氏名				
施設等住所	〒	—	電話番号	(代表)
				(携帯)
応募者が18歳未満の場合	ふりがな		保護者等電話番号	(自宅)
	保護者等氏名			(携帯)

応募締切：令和2年3月31日(火) (必着) まで

※ 「(一社) 福岡市民間障がい施設協議会ロゴマーク募集要項」を必ずお読みの上、ご応募ください。