

作 品 番 号

※記入不要

「高知県子ども食堂サポーター」ロゴマーク 応募用紙

(ふりがな) 氏 名		年 齢	歳 (R8 年 4 月 1 日現在)
住所			
電話	電話番号 () — 携帯番号 () — ※18 歳未満の応募者については、保護者の連絡先を記入してください。		
メールアドレス	※18 歳未満の応募者については、保護者のメールアドレスを記入してください。		
ロゴマーク	※このスペースに収まらない場合は、A4 用紙で添付してください。		
作品の意図 (テーマや説明)			

※グループでの応募の場合は、グループ名とグループの代表者の情報を記載ください。