

寒川町社会福祉協議会
シンボルマーク応募用紙（1）

「社会福祉法人 寒川町社会福祉協議会 シンボルマーク募集要項」の内容に同意の上、
応募します。

応募日 令和6年 月 日

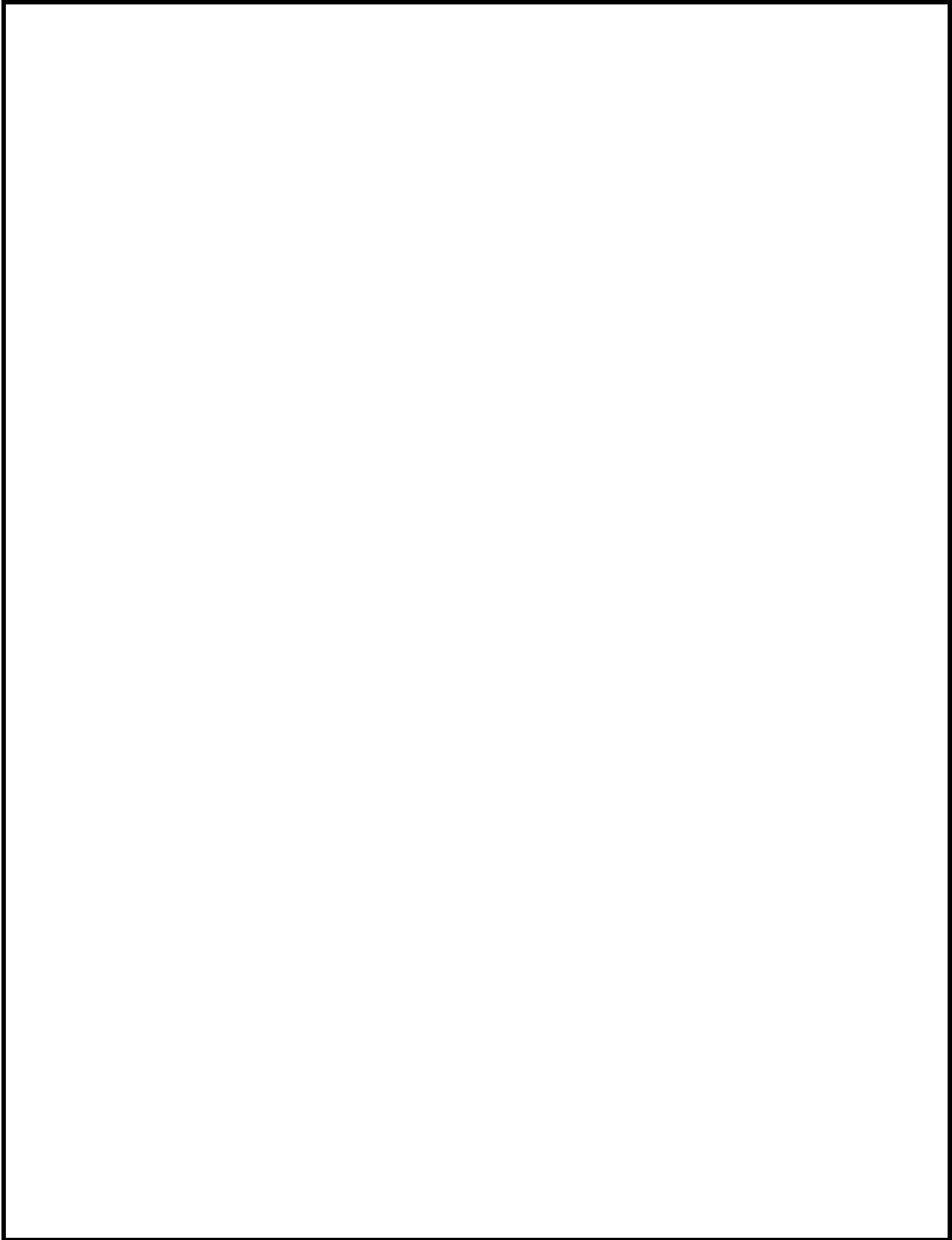
ふりがな	
氏名	年齢 歳
保護者名 ※応募者が未成年の場合	※未成年の応募にあたって、保護者として同意します。
職業	
住所	〒
電話番号	
Email	

シンボルマークの名称
シンボルマークのプロフィール (シンボルマークの紹介、作者の思い等自由にお書きください)

寒川町社会福祉協議会
シンボルマーク応募用紙（2）

シンボルマークデザイン

（枠におさまる様、分かりやすく、はっきりとお書きください）

A large, empty rectangular box with a black border, intended for the applicant to draw their symbol mark design. The box is centered on the page and occupies most of the lower half of the document.