

神戸百年記念病院 マスコットキャラクター応募用紙

フリガナ		年齢
氏名		歳
保護者同意 ※応募者が未成年の場合は ご記入ください	未成年の応募にあたって保護者として同意します（自書・押印）	印
住所	〒 ー	
電話番号		
メールアドレス		
キャラクター名称		
キャラクターの説明 制作コンセプトをご記入ください (設定・プロフィールなど)		

<応募送付先>

〒652-0855
 兵庫県神戸市兵庫区御崎町1-9-1
 神戸百年記念病院 経営戦略広報室 マスコットキャラクター係
 電話 : 0570-086100
 メール : 100-msprd@kobe-century-mh.or.jp