

(仮称) 立川市子育て・健康複合施設 愛称募集 応募用紙

年 月 日

| | |
|-----------------------|--|
| 施設の愛称 | |
| 愛称のふりがな | |
| 愛称の意味・理由 (概ね30字以上) | |

【応募者情報】

| | |
|----------------------------------|--|
| ふりがな | |
| 氏名 | |
| 住所 | |
| 年齢 | |
| 電話番号 | |
| メールアドレス | |
| (在学・在勤の場合) 学校名または勤務先名 と所在地 | |

【確認欄】

(仮称) 立川市子育て・健康複合施設の愛称の応募にあたり、募集要領の内容を理解し、その内容に同意いたします。

署名： _____

(18歳未満の場合) 保護者署名： _____

問い合わせ先 〒190-0022 立川市錦町3-2-26
立川市 子ども家庭部 子ども家庭支援センター 施設愛称担当
電話：042-523-2111 内線4069