**あ公益社団法人和歌山県病院協会ロゴマーク　応募用紙あ**

受付番号

（記入しないでください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **病院名** |  | |
| **氏名** | **ﾌﾘｶﾞﾅ** | |
|  | |
| **住所** | **〒　　　　－** | |
|  | |
| **連絡先** | **日中連絡先** |  |
| **E-Mail** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **作成いただいた**  **ロゴマークの**  **コンセプトやポイント** |  |

※お預かりした個人情報は本募集に関する目的以外に使用しません。

* 応募にあたっては、公益社団法人和歌山県病院協会ロゴマーク募集要項を必ずご確認ください。
* この応募用紙は必ず作品に添付してください。

**応募締切　：　２０２２年１０月７日（金）**

＜応募・問合せ先＞

〒６４０－８３１９　和歌山市手平二丁目１－２　県民交流プラザ　和歌山ビッグ愛６Ｆ

公益社団法人和歌山県病院協会　事務局

Ｔ Ｅ Ｌ　：　０７３－４３６－０４３７

E-MAIL　：　wabyokyo@silver.ocn.ne.jp

**ロゴマーク（カラー）**

|  |
| --- |
|  |

**ロゴマーク（白黒）**

|  |
| --- |
|  |