

新複合施設 愛称募集 応募用紙

※1つの愛称につき 1 枚使用して下さい。

持参の場合	応募用紙にご記入の上 坂城町役場企画政策課までご持参下 さい	受付時間:8 時 30 分～17 時 15 分 (土日祝日を除く)
	右記住所へ封書にてお送り下さい	〒389-0692 坂城町大字坂城 10050 番地 坂城町 企画政策課 ウェルビーイング推進室
FAX提出	右記番号へ送信下さい	FAX 番号 0268-82-8307
メール提出	応募用紙のデータを添付し右記アドレ スへ送信下さい	メールアドレス machizukuri@town.sakaki.lg.jp

愛称名	正 式 名 称	愛 称 名	ふ り が な	
	保健福祉等複合施設(新複合施設)			
愛称を考えた理由や思い(説明)				
お名前 (グループ名)	ふりがな			
	※ グループの場合は 代表者名及び代表者の連絡先を記載			
性別 (任意)	男 ・ 女	年齢	歳	
住所	〒 -			
電話番号				
職 業				
備考欄	住所が坂城町以外の場合 該当にチェックをしてください ☐ 勤務先が坂城町 ☐ 通学先が坂城町			

色塗りの部分は必ず記載してください。