

令和7年度松江市介護の日コンテスト

【エピソード部門】応募シート

(ふりがな) 応募者氏名 またはペンネーム																年 齢		
職業・学校名																学 年		
連 絡 先	住 所																	
	電 話																	
	メー ル																	
タイトル																		
エピソード																		20
																		40
																		60
																		80
																		100
																		120
																		140
																		160
																		180
																		200
																		220
																		240
																		260
																		280
																		300
																		320
																		340
																	360	
																	380	
																	400	
コメント等 (作品によせて一言)																		

■ 【個人情報の取り扱いについて】 に同意いただける場合は、☐欄にチェックをご記入ください。

☐ **同意します。**

【個人情報の取り扱いについて】

- ・いただいた個人情報は、本コンテストに関するご確認や選考結果のご連絡、賞品の発送のために使用します。
- ・ご本人の同意なく、業務委託先以外の第三者に個人情報を提供、預託、開示いたしません。
- ・ご本人の個人情報について、開示・訂正・削除・利用停止等のお申し出に対し適切に対応いたします。
- ・ご提出いただいた応募書類は返却いたしません。
- ・個人情報をご記入されることはご本人の任意となります。尚、当該情報をご記入されない場合、応募対象とならない場合があります。
- ・個人情報に関するお問い合わせは、「松江市介護の日コンテスト事務局」（Tel:0852-55-5689）で承ります。

※ 複数枚応募される場合は、作品1点ごとに記入願います。