

**令和8年度松江市介護の日イラストコンテスト
応募シート**

<small>(ふりがな)</small> 応募者氏名 <small>またはペンネーム</small>		年齢	
学校名		学年	
連絡先	住所		
	電話		
	メール		
タイトル			
コメント等 <small>(作品によせて一言)</small>			

■【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。**