**応　募　用　紙**

**応募者**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ご住所 | 年齢  歳 | TEL |
| ふりがな  ご氏名 | 職業（学校名・学年）  ※町外在住で町内業者での勤務者は会社名も記入願います。 | |

　上記の個人情報は、東川町個人情報の保護に関する法施行条例に基づき、愛称募集に必要となる事務以外には利用いたしません。

**郵送、電子メール、ファックス又は持参により応募してください。（締切5/16）**

**（ファックス：0166-82-3644）**

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな**  **愛　　称** |  |
| **愛称の**  **理　由** |  |

**【お問い合わせ】**

東川町 保健福祉課　佐々木、中村

(℡)0166-82-2111　内線500、501 ( fax)0166-82-3644

e-mail：hoken.fukushi@town.higashikawa.lg.jp

URL：http://town.higashikawa.hokkaido.jp/