中野区子育て短期支援事業独立型実施施設の愛称応募用紙

〈応募者情報〉

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 | ※日中連絡が取れる連絡先をご記入ください。 |
| メールアドレス  ※ない場合は不要 |  |
| 性別 |  |
| 生年月日  ・満年齢 | ／　　　　　　　　　　歳 |
| 同意事項  ※チェックを付けてください | □応募要領に記載された内容に同意します。  □18歳未満の場合、応募要領に記載された内容を保護者に確認し、同意を受けました。 |

〈愛称に関する記入欄〉

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 愛称名 |  |
| 愛称の  意味・理由  ※名称の意味・理由等をご記入ください。  （１００字以内） |  |

【提出期限】令和７年９月５日（金）から令和７年１０月３１日（金）【必着】まで

【提 出 先】中野区子ども教育部　子ども・若者相談課　総合相談係

〒１６４－００１１　東京都中野区中央１－４１－２

中野区子ども・若者支援センター　６階

TEL：０３－５９３７－３２５７

E メール：kowakasoudan@city.tokyo-nakano.lg.jp