

# 印旛郡市歯科医師会キャラクターデザイン応募用紙 I

氏名	小学校・中学校	学年	年齢	歳
住所	〒			
連絡先	— —			
メールアドレス	@		<input type="checkbox"/> メールアドレスを持っていない	
※パソコン・携帯電話どちらでも可、お持ちでない場合は右□にチェックを入れてください				
保護者名				印
未成年者の応募にあたって、保護者として同意します（自筆・押印）				
・キャラクターの名前				
・キャラクターの説明（テーマ、アピールポイントなどを自由にご記入ください）				
<input type="checkbox"/> 応募規約に同意して応募します				

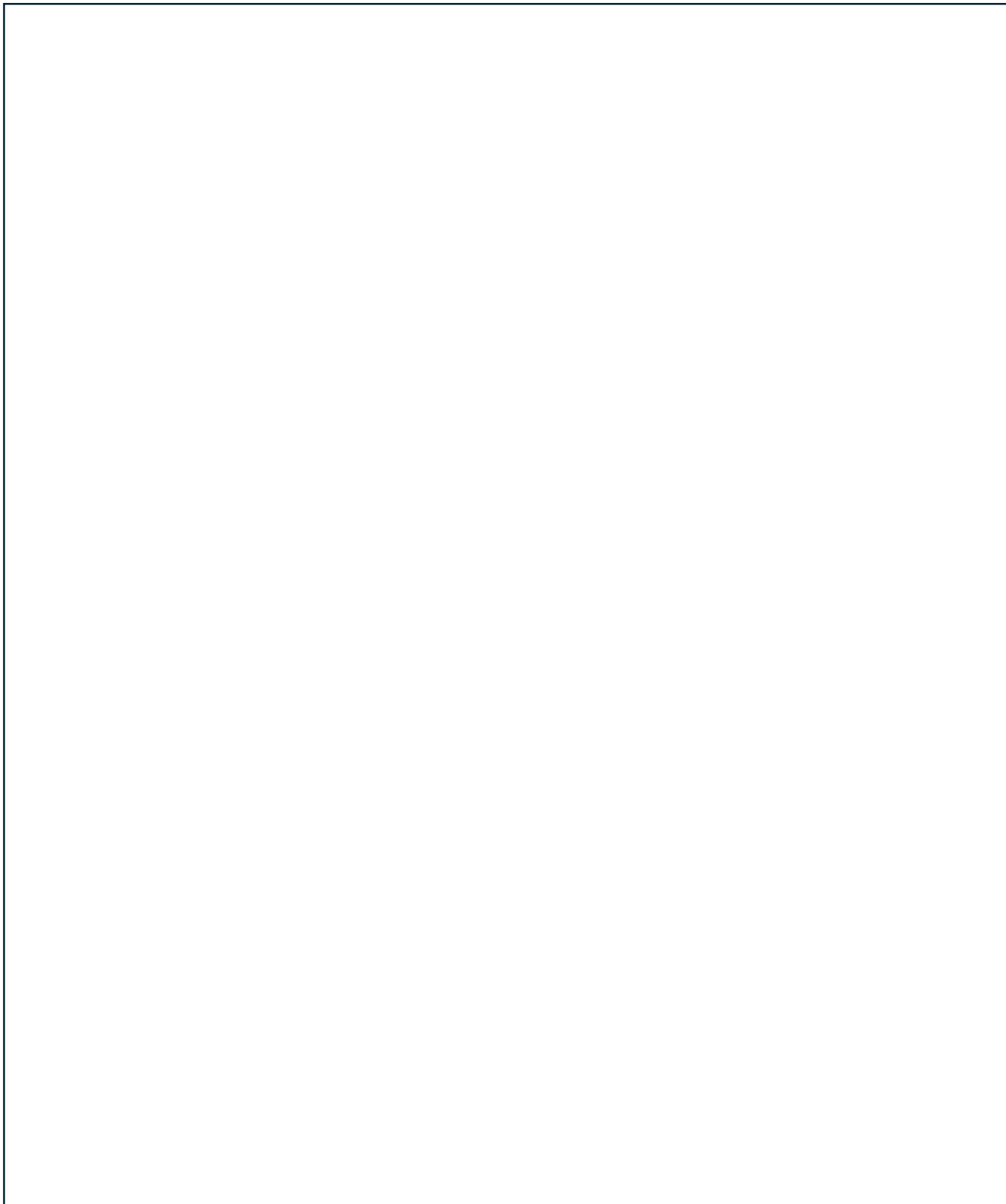
## 【応募規約】

- ・ 誹謗中傷を含むもの、著作権その他第三者の権利を侵害しているものは審査対象外となります。
- ・ 採用決定後であっても、これらの条件に違反していたことが判明した場合は採用を無効とします。
- ・ 採用作品の著作権（著作権法第 27 条および第 28 条に定める権利を含む）、商標権、その他一切の権利は印旛郡市歯科医師会に帰属します。また、成果物について印旛郡市歯科医師会より正当に権利を取得した第三者および当該第三者から権利を継承したものに對して、著作者人格権を行使しないものとします。
- ・ 採用作品のデザイン等は、選考委員会の判断により、必要に応じて修正・変更する場合があります。
- ・ 応募作品は返却いたしません。
- ・ 審査の経過・結果に関するお問い合わせにはお答えしません。
- ・ 採用者及びその保護者以外のかたにはご連絡しません。
- ・ 採用作品は、印旛郡市歯科医師会の印刷物、デジタル作品等、あらゆるものに使用する予定です。
- ・ 採用作品の受賞者は、印旛郡市歯科医師会が採用作品の商標・意匠の出願登録をすることに同意するものとみなします。

# 印旛郡市歯科医師会キャラクターデザイン応募用紙 2

キャラクターは正面向きで全身がわかるように描いてください。

※側面、後面も描ける方は描いてください。(審査基準とは無関係です)



応募者名