|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 通称名（※ある場合） | | 生年月日 　　　　　年　　月　　日 応募時年齢　　　　　　歳 |
| 氏名 |
| 住所　〒 | | | 学校名又は勤務先等名  （県内に住所のない方が記入） |
| 電話番号 | | メールアドレス | |
| ヘルプマークの着用理由（障害名、疾病名、妊娠、その他） | | | |
| 実施予定の普及啓発活動の広報媒体及び具体的内容 | | | |
| （同意書）  　私、　　　　　　　　は、埼玉県ヘルプマーク普及大使の趣旨を正しく理解するとともに、法令及び公序良俗を遵守した上で普及活動を行います。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名  *＜※応募者が未成年の場合は親権者の署名をお願いします。＞*  　私、上記応募者の保護者の　署名　　　　　　　　　　　　　は、上記について了承します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　応募者と保護者の関係 | | | |

【公表用情報の確認】

※　県のＨＰ等で公表可の情報には〇を記入してください。

|  |
| --- |
| 氏名（　　）、通称名（　　）、年代（　　）、居住等市町村（　　）、  着用の理由（　　）、活動予定（　　）、顔出し画像（　　）、顔無し画像（　　） |

※　ＳＮＳを公表希望の場合はＳＮＳ名と通称名を記入してください。

|  |
| --- |
|  |

※　ＨＰ、ブログ、Youtubeなどを公表希望の場合はＵＲＬを記入してください。

|  |
| --- |
|  |

※　本人が識別できる写真データを添付してください。

　　顔出し画像公表不可の場合は顔無し画像も添付してください。