

広島県医師協同組合  
オリジナルキャラクター応募用紙

応募者氏名	(        )歳 該当区分に○をつけてください ⇒ 組合員・賛助会員本人      ご家族      従業員
組合員・賛助会員氏名	
医療機関名	
応募者ご自宅住所	
応募者電話番号	
応募者メールアドレス	
確認事項 ※チェックを入れてください	(応募者が未成年の場合) 保護者が同意のうえ応募します <input type="checkbox"/>
	募集要項を確認し、内容にすべて同意のうえ応募します <input type="checkbox"/>
キャラクター名称	
キャラクターの説明 キャラクターのコンセプト (設定・プロフィールなど) をご記入ください	

◆本応募用紙を下記へお送りください。

(郵送)〒732-0057  
広島市東区二葉の里 3-2-3  
広島県医師協同組合(キャラクター係) 宛

(メール)  
ishikyo@hmca.or.jp

※応募締切 令和8年3月23日(月)

## キャラクターデザイン

前面

背面