第17回　介護予防川柳応募用紙

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 | 〒　　　　　－　　 |
| ふりがな | 　 | 年齢 | 歳 |
| 氏 名 | 　 |
| ペンネーム（任意） | ※ペンネームでの公表を希望される場合はご記入ください |
| 　 |
| 電話番号 | （　　　　　　　）　　　　　　　－ |

テーマ：『いつでも どこでも みんなで』

※　作品にはふりがなをふってください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

募集期間： ２０２５年７月１日（火）～７月３１日（木）【必着】

**応募・問い合わせ先**

一宮市　高年福祉課　地域支援グループ

〒４９１－８５０１　愛知県一宮市本町２丁目５－６

TEL：（０５８６）２８－９１５１９