

アイノカタチ基金～国立成育医療研究センター寄付基金～ロゴマーク募集企画～

フリガナ		ペンネーム	※氏名公表を希望されない方のみ
氏名			
生年月日	西暦	年	月 日
住所	〒		TEL ()
電話番号		都道 府県	
メールアドレス	E-mail ()
作品の説明	(作品のイメージ、デザインへの想いなどを100字以内でご記入ください)		

ロゴマーク作品