

「いい医療の日」ロゴマークデザイン応募用紙①

氏名	※応募者が日本医師会会員の場合のみ (会員番号:)	
年齢	男・女	
住所 〒 —	都道府県	市区町村
電話番号	—	—
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 ※お持ちでない方は、□にチェックをご記入ください。 ※メールの受信制限をされている方は【@med.or.jp】のドメイン解除をお願いいたします		
保護者名	印	
※応募者が未成年者の場合のみ 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)		

<h2>ロゴマークの説明</h2> <p>※ロゴマークの説明や、アピールポイントなどを自由にご記入ください。</p>
--

<input type="checkbox"/> 応募規約に同意して応募します
--

【応募規約】

- ・公序良俗その他法令の定め反するもの、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の対象外になります。
- ・また、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、採用は無効となります。
- ・採用作品の著作権(著作権法第27条及び第28条に定める権利を含む)、商標権、その他一切の権利は日本医師会に帰属します。また、成果物について、日本医師会ならびに日本医師会より正当に権利を取得した第三者及び当該第三者から権利を承継した者に対し、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は、選定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。
- ・採用作品は、日本医師会で展開させていただきます(採用作品は、日本医師会及び関係団体等の印刷物、映像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、日本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します。

「いい医療の日」ロゴマークデザイン応募用紙②

ロゴマークデザイン図

応募者名