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

平成２９年度宮城県歯・口の健康に関する

図画・ポスターコンクール応募用紙

　　　学 校 名

　　　所 在 地

　　　電話番号

　　　学校長名

　　　担当者名

|  |  |
| --- | --- |
| 学　　年 | 　　 |
| １　年 |  |
| ２　年 |  |
| ３　年 |  |
| ４　年 |  |
| ５　年 |  |
| ６　年 |  |

**注）氏名には必ずフリガナを記入して下さい。**

**作品裏面に学校名・学年・氏名（フリガナ）を必ず記入して下さい。**

**応募は各学年１点に限ります。また、共同作品は選考外となります。**