第１回「薬物乱用防止」作品募集　応募票

|  |  |
| --- | --- |
| お 名 前 |  |
| ふりがな |  |
| 学 校 名 |  |
| 学　　年 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| ＴＥＬ | （平日の９時～１７時に連絡のつく番号をご記入ください） |

※お名前、学校名、学年は入賞作の公表や展示会に使用します

※住所は、参加賞の郵送に使用します

※ＴＥＬは、当会からのお問い合わせや、受賞に関する連絡に使用します