

第2回「薬物乱用防止ポスター」募集 応募票

お 名 前	
ふりがな	
学 校 名	
学 年	
住 所	〒
T E L	(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