禁煙ポスターコンクール送付票

学校名：　　　　　 　　　　　　　　　　　担当教諭名：

ＴＥＬ（　　　　　　－　　　　　　－　　　　　　　）　　　　　　　　　　　 　E-mail：

ＦＡＸ（　　　　　　－　　　　　　－　　　　　　　）

▼全作品数：　　　　　　　　　　　枚　（←児童・生徒・学生から提出された全作品数を記入してください）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 全作品数  内　　　訳  （応募者数）  （作品数） | 学年 | 名 | 枚 | 学年 | 名 | 枚 |
| 学年 | 名 | 枚 | 学年 | 名 | 枚 |
| 学年 | 名 | 枚 | 学年 | 名 | 枚 |

▼学校単位での返却希望（どちらかに○）：　　　　　あり　　　　　　　　　　なし

▼下記名簿に応募作品の学年、氏名とふりがなを学年順に記入するか、同内容の名簿を添付してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学　　年 | 氏　　　　　　　　名 | ふ　　り　　が　　な | 受　　付　　番　　号  （※ここは記入しないでください） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※　コピーを学校で保管してください。