

平成29年度「歯・口の健康に関する図画・ポスターコンクール」推薦書

地区名: _____

1 今年度は応募しません

* 応募されない場合は、本用紙を本会事務局宛、FAX送信(03-3222-6528)してください。

推薦書記入担当者

2 下記作品を推薦します

* 応募される場合は本推薦書を作品に同封して本会宛てお送り下さい。

* 地区からの応募作品は各部門ごとに1作品となっております。

・役職

・氏名

・電話

3 提出期限:平成29年9月15日(金) *一般社団法人東京都学校歯科医会必着

〒102-0073

東京都千代田区九段北4-1-20 歯科医師会館2F

TEL:03-3261-1675

| 部門 | 氏名(ふりがな) | 学年 | 学校(園)名(ふりがな) | 〒 | 学校(園)住所 | 電話番号 | 応募総数 |
|-----------------------|----------|----|--------------|---|---------|------|------|
| 保育所(園) こども園 幼稚園 | | | 公立 私立 | | | | |
| 小学校 (低学年) | | | 公立 私立 | | | | |
| 小学校 (高学年) | | | 公立 私立 | | | | |
| 中学校 | | | 公立 私立 | | | | |
| 中等教育学校 | | | 公立 私立 | | | | |
| 高等学校 | | | 公立 私立 | | | | |
| 特別支援学校 (特別支援学級) | | | 公立 私立 | | | | |

*応募総数:今年度地区へ応募された作品数を部門ごとにご報告をお願いいたします。