

公益財団法人日本学校保健会
平成 29 年度ニキビ啓発ポスターコンクール
応募票

作 者	なまえ：	学年：
<small>おうぼさくひん</small> 応募作品 コメント <small>※作品をかいた理由を記入してください。</small>		
キャッチコピー		

* 以下、とりまとめをされる先生がご記入ください。

学校名	
部（委員会）名	
担当者	
住所	〒
電話番号	
応募点数	／ 点

※各応募作品に裏に貼って、お送りください。