

石川県言語聴覚士会 公益社団法人化記念事業
「言語聴覚の日」川柳コンテスト応募用紙

*は必須情報です

| | | |
|------------------|---|--|
| 1.*氏名 | (<input type="checkbox"/> 御本人・ <input type="checkbox"/> ご家族/支援者) いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 2.ペンネーム | | |
| 3* 作品掲載には | <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> ペンネームを希望 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>) | |
| 4.年齢 | 歳 | |
| 5.性別 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | |
| 6*.郵便番号 | 〒 ー | |
| 7.*住所 | (都道府県) (市区町村郡) | |
| | (アパート・マンション部屋番号までご記入ください。) | |
| 8.*電話番号 | ー | |
| 9.*作品 | ① | |
| 2点まで。(1点でも結構です。) | ② | |
| 10.所属団体名 | | |

★ご提出いただいた個人情報に関して川柳コンテスト以外に使用することはありません。
★作品の掲載にあたり上記3にのない場合はペンネーム(イニシャル)とします。

募集期間:2019年6月15日～7月31日 最終日の消印有効

郵送先:

〒 920-0025
石川県金沢市駅西本町6-15-41
金沢西病院 リハビリテーション部 「川柳コンテスト」係
担当:上野真由美