|  |  |
| --- | --- |
| 高Ｐ連受付番号 |  |

愛知県公立高等学校ＰＴＡ連合会シンボルマーク応募用紙

|  |
| --- |
| 作品　（Ａ４判別紙での提出も可） |
| 作品の説明（どのようなイメージで作成したのかをなるべく詳しくご記入ください。） |
| 住　　所 | 〒 |
| 氏　　名 |  | 年齢 |  |
| 学　校　名 |  | 学年 |  |
| 電話番号 |  |
| 電子メールアドレス（お持ちの方のみ） |  |

　　※応募の時点で、愛知県公立高等学校ＰＴＡ連合会シンボルマーク募集要項の記載内容に同意い

ただいたものとします。