|  |  |
| --- | --- |
| 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。