

山形県薬剤師会 100 周年記念事業
小中学生ポスターコンクール作品票

ふりがな		性 別
お名前		男・女・回答しない
学校名		学年
		年生
保護者氏名		
電話番号	自宅・携帯	
ふりがな		
住 所	〒 -	

作品	
タイトル	

■受付薬局・事務局記入欄

受付日： 年 月 日

受付薬局：薬局(薬局名)・事務局

必要事項をご記入のうえ、作品の裏面に貼り付けてご提出ください