

タバコの害に関する標語（禁煙標語）応募用紙

ふりがな		性別
氏名		男・女
年齢		歳
学校名・学年	() ()年	
職業		学生以外の方
住所	〒	
電話番号		日中連絡の取れる番号
今回応募する 標語		

締切日：平成30年1月12日（金）

※必着のこと。郵送の場合は特にご注意下さい。

~~~~ 応募先 ~~~~ ※応募にかかる通信料等をご負担ください。

◆FAXの場合

送信先：079-421-4303 加古川医師会 タバコの害に関する標語(禁煙標語)係

◆E-MAILの場合（このファイルを添付していただいても結構です）

送信先：office@kakogawa.hyogo.med.or.jp

◆郵送の場合

送付先：〒675-0065 加古川市加古川町篠原町103-3 ウェルネージかこがわ5階  
加古川医師会 タバコの害に関する標語(禁煙標語)係