※受付No.

第29回朗読コンクール申込書

① 枠内に必要事項を記入してください。（1校につき6名以内でお申し込みください）

学校名		指導者名	
学校連絡先	〒　　－ 住所 Tel：　　Fax： E-mail：		

学年	（ふりがな） 氏名	朗読作品名	作者名	分類
	（　　）			
	（　　）			
	（　　）			
	（　　）			
	（　　）			
	（　　）			

② 希望する地区審査会場を○で囲んでください。

東部（8/10）　・　西部（8/19）　・　高知（8/23　・　8/24）

③ 参加児童の氏名を記載したプログラムを作成し、審査委員・指導者・保護者に配布、当日コンクール会場に掲示することについて（いずれかに○をつけてください）

承諾します　・　承諾しません（学校名・作品名のみ記載）

※欄は館で記入します

※《返信欄》　　年　月　日

様

第29回朗読コンクールにお申込みいただきありがとうございました。
申し込みを受付いたしましたので、お知らせします。

高知県立文学館　担当（　　）
TEL　088-822-0231　　FAX　088-871-7857