

# 令和6年(2024年)度「歯と口の健康啓発標語コンクール」推薦書

地区名:

団体名:

## ■下記作品を推薦します。

\*応募の際は本推薦書に標語を記載の上、本会宛てお送り下さい(FAX可)。

原本添付の必要はございません。また添付された場合、返却はいたしません。

\*対象は小学校(部)1年生～中学校(部)3年生、高校です。地区からの応募は部門別各1点(小学校1点、中学校1点、高校1点と部門別に各1点ずつ応募可能)で

ただし、本会から日本学校歯科医会に推薦する最優秀標語作品は、例年と同じく小学校、中学校の中から厳選した作品1点のみといたします。

## ■提出期限: 令和6年9月12日(木) 必着

## ■提出先: 公益社団法人東京都学校歯科医会

〒102-0073

東京都千代田区九段北4-1-20歯科医師会館2F

TEL: 03-3261-1675 FAX: 03-3222-6528

E-mail: tasd@tasd.or.jp

\*住所

〒

・TEL:

・FAX:

・E-mail:

\*担当者

・氏名:

・役職:

小学校の部	氏名(ふりがな)	学年	学校名(ふりがな)	〒	学校住所	TEL/FAX	*応募総数
			公立			T:	
			私立			F:	
《標語》							

中学校の部	氏名(ふりがな)	学年	学校名(ふりがな)	〒	学校住所	TEL/FAX	*応募総数
			公立			T:	
			私立			F:	
《標語》							

高等学校の部	氏名(ふりがな)	学年	学校名(ふりがな)	〒	学校住所	TEL/FAX	*応募総数
			公立			T:	
			私立			F:	
《標語》							

\*応募総数:今年度貴地区へ応募された標語作品の総数をご記入ください。

★賞状作成のため氏名は確認し正しくご記入ください

FAX送信の場合⇒ 03-3222-6528