第 27 回朗読コンクール事務局　あて
【ＦＡＸ】　０８８－８７１－７８５７
【E-Mail】　bungaku@kochi-bunkazaidan.or.jp
【郵　送】　〒780-0850　高知市丸ノ内１丁目 1-20
高知県立文学館

受付 NO

第 27 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５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〇で囲んでください。

東部（ 8/12 ）　・　高知（ 8/18　・　8/19 ）　・　西部（ 8/27 ）

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（いずれかに〇をつけてください）

承諾します　・　承諾しません

※承諾しない場合はプログラムに作品名・学校名・学年のみ記載されます。