**公立西知多総合病院開院１０周年記念事業**

**小学生感染予防ポスターコンクール申込書**

**※この申込書をポスターの裏面に、のり等で貼り付けてください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **住所** | **〒** |
| **お名前** | **ふりがな** |
|  |
| **学校名** | **小学校　　　　　　年　　　　　　組** |
| **電話番号** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **作品の返却** | **希望する　　　　・　　　　希望しない　　　（〇をつけてください）** |
| **作品活用時の**  **氏名の公表** | **希望する　　　　・　　　　希望しない　　　（〇をつけてください）** |

**【募集期間】**

**７月１日（火）～９月３０日（火）**

**【提出方法】**

1. **郵送の場合**

**当院の企画管理課宛に送付してください。　（郵送料は応募者負担）**

1. **持ち込みの場合**

**次の場所に設置されている回収ボックスに提出して下さい。**

**・当院総合受付**

**・東海市しあわせ村内健康推進課**

**・知多市保健センター内健康推進課**

**【その他】**

**・提出いただいた作品は、１１月８日（土）に当院で開催の「西知多１０周年まつり」にて掲示します。　なお、まつりの詳細については、今後、市広報紙等で告知します。**

**・入選者の方には、表彰式を予定しています。　※入賞者の方には後日ご連絡します**

**・入賞作品は、啓発用として当院にて活用させていただくことがあります。**

**【問い合わせ先】**

**〒４７７-８５２２　愛知県東海市中ノ池三丁目１番地の１**

**公立西知多総合病院　企画管理課　谷川**

**電 話：0562-33-5500（代）**

**Email：kanri＠nishichita-hp.aichi.jp**