

様式1

2026年度エイズ予防強化週間ポスター 名札

氏 名	
学 校 名	
学 年 ・ 学 級	
学 校 の 所 在 地	
学 校 の 電 話 番 号	
学 校 の ファクシミリ番号	
本事業を知った経緯に○をつけてください	学校からの案内 ・ 県WEBページ ・ 県公式X ・ 県公式LINE ・ その他()
担当教師氏名	

【お願い】

入賞者には、在学する学校を通じて11月中に連絡をします。
そのため、応募にあたっては在学する学校に応募した旨を報告してください。