

## 令和5年度 歯のポスターコンクール 申込票（同意書）

学校名・学年・組	<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 5px;"> <span>学校</span> <span>年</span> <span>組</span> </div>
住所・電話番号	<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 5px;"> <span>〒</span> <span>-</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-bottom: 5px;"> <span>TEL</span> <span>(</span> <span>)</span> </div>
氏名・ふりがな	
<p><b>プライバシーポリシー</b></p> <p>応募作品の著作権は足立区歯科医師会・足立区学校歯科医会に帰属します。          東京都学校歯科医会への推薦作品は、更にこの開催概要に則ります。          足立区歯科医師会 HP での WEB ポスターコンクールおよび、来年中の入賞作品 HP 掲載は作品の          画像のみを掲載し、小学校・氏名などは表示しません。          歯のポスターコンクールへの応募・投票で、お預かりしたメールアドレスや個人情報は、本コ          ンクール運営のみに使用され、他の事業などに使用しません。終了後は予告なく消去されます。</p> <p>プライバシーポリシーに同意し、コンクールに参加します。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100%;">令和    年    月    日    保護者氏名</span> </p>	

※この申込票を印刷し必要事項を記入の上、作品の裏に貼り付けて学校の応募ボックスに提出してください。