

応募票

ふりがな 代表者 名前	ふりがな 住所 〒 —	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 回答しない	共作の場合どちらかに ✓をつけてください <input type="checkbox"/> 絵 <input type="checkbox"/> 文
		年齢 才 職業	
ふりがな 共作者 名前	ふりがな 住所 〒 —	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 回答しない	共作の場合どちらかに ✓をつけてください <input type="checkbox"/> 絵 <input type="checkbox"/> 文
		年齢 才 職業	
代表者 電話番号 — —	FAX — —	Eメール @	
作品タイトル	出版の経験 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
作品に関するPR	「あり」の場合 作品名		
	募集を知ったきっかけ <input type="checkbox"/> 事務局からのお知らせ <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> ポスター <input type="checkbox"/> ウェブ <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> 口コミ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	参加費の支払い方法 ※郵送での応募の場合は必記 <input type="checkbox"/> 直接持参 <input type="checkbox"/> 郵便定額小為替 <input type="checkbox"/> 現金書留		