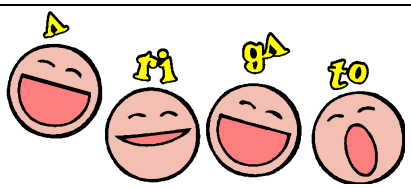
# 高松協同病院第３回介護川柳コンテスト応募用紙

以下の①～⑥を記入し、下記宛先へご応募ください。

| | |
|---|---|
| ①　作品 | ＊3 作品まで可 |
| ②住所 | ＊アパート等にお住いの方は、建物名・部屋番号まで正確にご記入ください。 |
| ③氏名 | ふりがな<br>氏　　名 |
| ④年齢 | |
| ⑤性別 | |
| ⑥電話番号 | |




～応募締め切り～
11 月 30 日（水）

ご応募・お問い合わせ先
高松協同病院　地域ケア部（担当：藤原）
〒760-0080　高松市木太町 4664 番地
電話　087-833-2330　FAX　087-833-2880
E メール　　k-t -kyodoh@k2.dion.ne.jp