



ウマシタカカム アシカビヒコトコロチマタノ トキオカシ

▼下記を必ずご記入の上、切り取らずにご応募ください。

記入日 年 月 日

名前	年齢 () 才	ペンネーム	※希望者のみご記入ください
住所	〒 都道府県		
電話番号		メールアドレス	@
作品の返送	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	※応募作品の返却を希望する場合は、応募作品と一緒に400円分の切手を同封してください	
使用した描画材料			
制作した感想やコメント			