

オゴスキ～小郡市の好きなところ～ 応募票

作品名 <input type="checkbox"/>					
ふりがな					
氏 名 <input type="checkbox"/>		年齢	歳	電話番号	— —
住 所	〒				
撮影場所 <input type="checkbox"/>		撮影月日 <input type="checkbox"/>		年	月 日
エピソード <input type="checkbox"/>					

※太枠の中は必ずご記入ください。

※展示の際に公開を希望される項目は、□に✓をいれてください。ただし、ご希望には添えない場合があります。