**高崎健康福祉大学　高校生自由研究コンテスト2023 応募票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **応募日** | 2023年　　月　　日 |  | \*記入不要No.　　　　　 |
| **研究課題名**ポスターのタイトルを記入してください。 |  |
| ※太枠内を記入してください（グループで応募する場合は代表者の情報を記入してください。代表者以外の氏名は、次ページに記入してください。） |
| **氏名** | ふりがな |  | **学年** | （　　）年生 |
|  |
| **自宅住所** | 〒 |
|  |
| **E-mail** |  | **TEL** |  |
| **学校名** |  |
| **学校住所** | 〒 |
|  |
| **学校TEL** |  | **担当教諭氏名**※担当教諭がいる場合のみ記入 | ふりがな |  |
|  |

※個人情報は、ポスターの審査・結果発表など本募集に関わる目的以外には利用しません。

|  |
| --- |
| **《アンケートにご協力ください》*** **このコンテストを何で知りましたか**

※該当する番号に○をつけるか、もしくは、該当しないものを削除してください。複数回答可です。1．大学HP 2．大学案内（冊子） 3．チラシ 4．先生から聞いて5．家族から聞いて 6．テレメール通信広告 7．新聞 8．テレビ9．ラジオ 10．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| * **このコンテストに応募しようと思った動機は何ですか**
 |

グループでの応募の場合

代表者以外の方の氏名を記入してください。

欄の数が不足する場合は、表をコピーして、次のページに追加してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （グループ応募）**代表者以外の氏名** | ふりがな |  | ふりがな |  |
| (1)氏名： | (11)氏名： |
| ふりがな |  | ふりがな |  |
| (2)氏名： | (12)氏名： |
| ふりがな |  | ふりがな |  |
| (3)氏名： | (13)氏名： |
| ふりがな |  | ふりがな |  |
| (4)氏名： | (14)氏名： |
| ふりがな |  | ふりがな |  |
| (5)氏名： | (15)氏名： |
| ふりがな |  | ふりがな |  |
| (6)氏名： | (16)氏名： |
| ふりがな |  | ふりがな |  |
| (7)氏名： | (17)氏名： |
| ふりがな |  | ふりがな |  |
| (8)氏名： | (18)氏名： |
| ふりがな |  | ふりがな |  |
| (9)氏名： | (19)氏名： |
| ふりがな |  | ふりがな |  |
| (10)氏名： | (20)氏名： |

※個人情報は、ポスターの審査・結果発表など本募集に関わる目的以外には利用しません。