

題名		ページ数		部門 *応募する部門にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> ストーリー <input type="checkbox"/> ギャグ <input type="checkbox"/> 再チャレンジ賞	
(ふりがな) ペンネーム	(ふりがな) 本名	年齢		電話番号	
住所				メール アドレス	
学校・ 勤務先	この作品で 描きたかったこと			別マには 何回目の投稿? 回	
別マまんがスクール での最高成績		年 月号	回 賞	前回の成績 (新人まんがGPを含む)	
他誌 投稿歴		なし・あり (雑誌名: ) (成績: )		まんがを 描きはじめて	好きな まんが家
批評 希望する・しない	初投稿編集部 フィードバック	希望する・しない (希望ツール:メール・電話)		まんがスクールへの 希望・質問	