「障害者週間のポスター」応募票

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ） |  |
| 作品の題名 |  |
| 作品で表現したかった内容(作品テーマ・コメント等、100字以内) |  |
| （フリガナ） |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日生（　　　　　歳） |
| 自宅 | 〒 |
| 電話 |  | ＦＡＸ |  |
| 応募区分 | 小学生区分　　　　中学生区分 |
| 学校 | （フリガナ） | 　 |
| 学校名 | （　　　　年生） |
| 〒 |
| 電話 |  | ＦＡＸ |  |
| 障害の有無 | 　あり　　種別（　　　　　　）　　部位（　　　　　　）　 ・ 　　程度（　　　　　級）　なし |
| 確認事項 | 本作品は次の2点を満たしています。（応募にあたっては、必ずご確認ください。）**・本作品が未発表であること****・本作品が「他作品等からの模倣・流用・盗用等」「生成AIの使用」を行っていないこと** |

＊この応募票は、作品に添付してください。