「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。