**「障害者週間のポスター」**応募用紙（様式２）

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）作者の氏名 |  |
|  |
| 自宅住所 | 〒 |
|  |
| 電話番号・FAX番号 | 電話番号： | FAX： |
| 生年月日・年齢 | 　　　　　　年　　　月　　　日生　（　　　　　歳）　　 |
| 障害の有無・程度 | ・障害あり　　　　　・種別　（　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　・部位　（　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　・程度　（　　　　　　　　　　　　　級）・障害なし |
| 学校名・学年※学校名は正式名称を記載してください。 | 学校名：　　　　　　　　　　　　　　学年：　　　　年生 |
| 学校住所 | 〒 |
|  |
| 電話番号・FAX番号（学校） | 電話番号： | FAX： |
| （フリガナ）作品名の題名 |  |
| 作品で表現したかった内容※100字以内で記入ください |  |
| 本作品の発表の有無 | １　未発表　　　　　　２　発表済※発表済の作品は、内閣府へ推薦することができませんのでご注意ください。 |
| 本作品の他作品等からの模倣・流用・盗用等の有無 | 模倣・流用・盗用等を１　行っていない　　　２　行っている |
| 障害者週間のポスターでの過去の受賞歴（本市以外も含みます） | 　　１　あり　　　　　　　２　なし※過去を通じて内閣府での入賞は一度限りとなりますのでご注意ください。 |
| 応募作品の返却希望 | １　希望する　　　　　２　希望しない※返却は行事等の終了後となります。 |
| その他 |  |

本作品は作者本人が単独で作成したものであり、上記の内容に偽りはありません。

また、内閣府に推薦された場合、氏名及び所属先（学校名／学年、職業）が公表されることに同意します。

**署名**

（注）ご記入いただいた個人情報は当該事業に係ることにのみ利用し、他の目的に利用することは一切ありません。