

「障害者週間のポスター」応募用紙（様式2）

(フリガナ) 氏 名		
住 所	〒	
電話番号・FAX番号	電話番号：	FAX：
生年月日 年齢・性別	年 月 日生まれ (歳) (男 ・ 女)	
学校名（学年）	学校名：	学年： 年生
学校住所・取りまとめ担 当教員名	学校住所： 取りまとめ担当教員名：	
障がいの有無・程度		
本作品の発表の有無	1 未発表	2 発表済
(フリガナ) 題 名		
作品で表現したかった内 容（テーマ、その他コメ ント等）		

（注1）応募上の個人情報は連絡のみに使用します。ただし、県の最優秀賞及び特別賞に選ばれた方は、氏名、学校名、学年又は年齢を、県のホームページや啓発行事における作品展示の際公表させていただきますので、ご了承ください。また、県の最優秀賞に選ばれた方は、内閣府が作成する作品集に氏名、学校名、学年が掲載されますので、ご了承ください。

（注2）学校名は正式名称を記載して下さい。