＜別紙１－２＞

**令和７年度「障害者週間のポスタ－」作品応募票**

（必要事項を記入のうえ、作品の裏面に貼ってください）

|  |  |
| --- | --- |
| 作品の題名  （フリガナ） |  |
| （フリガナ） |
| 作品で表現したかった内容  ※作品テーマのコメント等を、**100字**以内で記入ください |  |
| 作者氏名  （フリガナ） | （姓）　　　　　　　　　　　　（名） |
| （フリガナ） |
| 生年月日（年齢）※西暦表記 | 年　　　月　　　日生　　（　　　　歳） |
| 住所（自宅）  ・電話番号  ・ＦＡＸ番号 | ※学校を通して応募される場合は記入不要  〒 |
| ※学校を通して応募される場合は記入不要  ・TEL：  ・FAX： |
| 学校名※正式名称　／学年  　（フリガナ）  ・学校所在地  　・電話番号  　・ＦＡＸ番号  ※学校名の「フリガナ」を忘  　れないようお願いします。 | ※学校を通して応募される場合は記入不要  （学校名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　年生） |
| （フリガナ） |
| ※学校を通して応募される場合は記入不要  〒 |
| ※学校を通して応募される場合は記入不要  ・TEL：  ・FAX： |
| 障害の有無  ※障害の有無を○で囲む  　※障害の程度に「級」の設定等がなく、他に類する設定等がある場合は当該程度を具体的に記載 | ・種別（　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・障害あり　　　　・部位（　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　・程度（　　　　　　　　　　　　　　　級）  ・障害なし　　　※「障害あり」の場合、上記を記載してください。 |
| その他確認事項 | 以下の点を確認し、チェックしてください。   * 本作品は「未発表」（本事業応募のために執筆した作品）である。 * 模倣・流用・盗用等を行っていない。 * 生成ＡＩを使用していない。   啓発活動での活用について　　□同意する　　□同意しない  その際に氏名等を公表することについて　　□同意する　□同意しない |