「障害者週間のポスター」応募用紙

|  |  |
| --- | --- |
| 　（フリガナ） |  |
| ①　作品の題名 |  |
| ②　作品で表現したかった内容（作品テーマ、作者からのコメント等） |  |
| 　（フリガナ） |  |
| ③　応募者の氏名 | （姓）　　　　　　　（名） |
| ④　生年月日（年齢） | 平成　　年　　月　　日 生（　　歳） |
| ⑤　応募者の住所　　　　　　電話番号　　　　　　ＦＡＸ番号 | 〒 |
| ⑥　学校名（学年） 　　　　　学校所在地　　　　 電話番号　　　　 ＦＡＸ番号 | 学校名　　　　　　　　　　　　（　　年生）〒 |
| ⑦　障害の有無・程度 | 　　　　　種別（　　　　　　　　　　　）・障害あり　　部位（　　　　　　　　　　　）　　　　　　　程度（　　　　　　　　　　級）・障害なし |
| ⑧　その他 |  |

（注）１　上記の個人情報は、本事業にのみ使用します。

　　　２　最優秀作品については、内閣府に推薦するため、内閣府が指定する規格である縦位置（縦長）の作品から選出しますので御注意ください。

　　　３　原則として、作品は返却しません。

※さいたま市内にお住まいの方又は在学の方は、さいたま市の募集事業に御応募ください。