

平成30年度「障害者週間のポスター」応募用紙

① 道府県名 又は 指定都市名	青 森 県
② 作 品 の 題 名 ※フリガナ	
③ 作 者 氏 名 ※フリガナ	(姓) (名)
④ 作品で表現したかった内容 (作品テーマ、その他作者からのコメント等)	
⑤ 生 年 月 日 (年齢)	年 月 日生 (歳)
⑥ 性 別	男 ・ 女
⑦ 住 所	〒
電話番号 FAX番号	
⑧ 学 校 名 (学年) ※フリガナ ・ 学校所在地 ・ 電話番号 ・ FAX番号	(年生) 〒 () ()
⑨ 障 害 の 有 無	・ 障害あり { 種別 () 部位 () 程度 (級) ・ 障害なし
⑩ 本作品が未発表であること、及び、他への使用が無いこと	1 はい 2 いいえ
⑪ 備 考 (その他連絡事項等あれば自由に記入)	

※ ⑧欄の学校名は、正式名称を記載してください。
また、学校を連絡先とする場合であっても住所はもれなく記載してください。