

別紙様式 2

令和6年度「障害者週間のポスター」応募用紙

フリガナ	
題名 (作品のタイトル)	
フリガナ	
氏名	
生年月日(年齢) (性別)	年 月 日生まれ (満 歳) (男・女)
住所 電話番号 FAX番号	郵便番号: 〒 _____ 住所: 新潟市 _____ 電話番号: _____ () _____ FAX番号: _____ () _____
学校名(学年) 所在地・電話 FAX番号 担当職員等	_____ 学校 (_____ 年生) 学校所在地: _____ 電話番号: _____ () _____ FAX番号: _____ () _____ 担当職員等名: _____
障がいの有無 (種別・程度)	・無 ・有 → 種別 (_____) ※障がいの種類 部位 (_____) ※障がいの内容 程度 (_____) ※障がいの等級
本作品が未発表であること及び他への使用が無いこと(☑をしてください)	・本人記入の場合 → <input type="checkbox"/> 未発表であり他への使用はありません。 ・代理記入の場合 → <input type="checkbox"/> 本人から確認済みです。 <input type="checkbox"/> 未確認です。
本作品が他作品等からの模倣・流用・盗用等を行っていないこと(☑をしてください)	・本人記入の場合 → <input type="checkbox"/> 他者の作品や公表物の流用はしていません ・代理記入の場合 → <input type="checkbox"/> 本人から確認済みです。 <input type="checkbox"/> 未確認です。
作品で表現したかった内容※テーマや作者からのコメント (100字以内)	
備考	