「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 |  |
| 応募に当たり以下の点を確認し、チェックを入れてください。  □　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。 | |

（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で、さいたま市内に在学・在勤の方は、さいたま市の募集事業に応募すること。