様式２

「障害者週間のポスタ－」作者の属性等

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 区分　※〇で囲む
 | 小学生　　　　　　　　中学生 |
| 1. 作　品　の　題　名

（フリガナ） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 1. 作　者　氏　名

（フリガナ） | (姓)　　　　　　　　　　　　(名)　　（　　　　　　　　　）　　　（　　　　　　　　　） |
| 1. 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を100字以内でご記入ください。）
 |  |
| 1. 生　年　月　日（年齢）
 | 　　　　　年　　　月　　　日生　　（　　　　歳） |
| 1. 住　　　　　所（自宅）

　　　　電話番号ＦＡＸ番号 | 〒 |
| TEL：FAX：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 1. 学　　校　　名（学年）

（フリガナ）・学校所在地　・電話番号　・ＦＡＸ番号 | （　　　年生）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 〒TEL：FAX： |
| 1. 障がいの有無
 | 　　　　　　　　　種別（　　　　　　　　　）・障がいあり　　　　　部位（　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　程度（　　　　　　　　級）・障がいなし |
| 1. 本作品が「未発表」であること及び「他作品等からの模倣・流用・盗用等（生成AIの使用を含む）」が無いこと
 | １　本人から確認済　　　　　２　未確認である |
| 1. 作品返却の希望有無
 | （　　有　　・　　無　　）「有」の場合の返却先（　　自宅　　・　　学校　　） |

※　⑦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。