

## 平成 29 年度「障害者週間のポスタ - 」作者の属性等

都道府県名 又は 指定都市名 (担当課(室)・担当者・ 電話番号)	( . . )
(フリガナ) 作 者 氏 名	(姓) (名)
生 年 月 日 (性別) (年齢)	年 月 日生 (男・女) (歳)
住 所	〒
電話番号 F A X 番号	
(フリガナ) 学 校 名 (学年)	(年生)
学校所在地 電話番号 F A X 番号	〒 ( ) ( )
障害の有無	・障害あり { 種別( ) 部位( ) 程度( 級) ・障害なし
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 本人から確認済 2 未確認である
推薦作品の 返却希望の有無	1 有( イ・都道府県・市の希望 □・本人の希望 ) 2 無
(フリガナ) 作 品 の 題 名	
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)	

- (注) 1. 学校名は正式名称を記載して下さい。  
 2. 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。  
 3. 作者から作品の内容等についてコメント等があれば記載して下さい。