

平成 30 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） ・担当者名 ・電話番号（直通）	都道府県名又は指定都市名： _____ ・担 当 課（室）： ・担 当 者 名 ： ・電話番号（直通）：
作 品 の 題 名 フリガナ	
作 者 氏 名 フリガナ	(姓) (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）	
生 年 月 日（年齢）	年 月 日生（ 歳）
性 別	男 ・ 女
住 所	〒
電話番号 F A X 番号	
学 校 名（学年） フリガナ	(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
備 考 （その他連絡事項等あれば自由に記入）	

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。