様式２

「障害者週間のポスター」作者の属性等

①　都道府県名 又は　指定都市名	
（フ　リ　ガ　ナ） ②　作　者　氏　名	(姓)　　(名)
③　生　年　月　日 (性別)　(年齢)	年　　月　　日生 （男　・　女）　　（　　歳）
④　住　　所	〒
電話番号 FAX 番号	（　　） （　　）
（フ　リ　ガ　ナ） ⑤　学校名　　（学年）	（　　年生）
学校所在地 電話番号 FAX 番号	〒 （　　） （　　）
⑥　障害の有無	・障害あり　種別（　　）　部位（　　）　程度（　　級） ・障害なし
⑦　本作品が未発表であること、及び、他への使用がないこと	1　本人から確認済　　2　未確認である
⑧　推薦作品の返却希望の有無	1　有（イ．都道府県・市の希望　　ロ．本人の希望） 2　無
（作者からのコメントなど特記事項）	

（注）　１．学校名は正式名称を記載して下さい。
　　２．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。