

令和7年度「障害者週間のポスター」作品応募票

(必要事項を記入のうえ、作品の裏面に貼ってください)

作品の題名 (フリガナ)	(フリガナ)
作品で表現したかった内容 ※作品テーマのコメント等を、 100字 以内で記入ください	
作者氏名 (フリガナ)	(姓) (名) (フリガナ)
生年月日 (年齢) ※西暦表記	年 月 日生 (歳)
住所 (自宅) ・電話番号 ・FAX番号	※学校を通して応募される場合は記入不要 〒 ※学校を通して応募される場合は記入不要 ・TEL : ・FAX :
学校名※正式名称 / 学年 (フリガナ) ・学校所在地 ・電話番号 ・FAX番号 ※学校名の「フリガナ」を忘れないようお願いします。	※学校を通して応募される場合は記入不要 (学校名) (年生) (フリガナ) ※学校を通して応募される場合は記入不要 〒 ※学校を通して応募される場合は記入不要 ・TEL : ・FAX :
障害の有無 ※障害の有無を○で囲む ※障害の程度に「級」の設定等がなく、他に類する設定等がある場合は当該程度を具体的に記載	・障害あり ・障害なし { ・種別 () ・部位 () ・程度 (級) ※「障害あり」の場合、上記を記載してください。
作品の活用	作啓発活動での活用について 同意する ・同意しない その際に氏名等を公表することについて 同意する ・同意しない

(切り取り)

応募及び 問合せ先	〒 8 6 2 - 8 5 7 0 熊本市中央区水前寺 6 丁目 1 8 番 1 号 熊本県 障がい者支援課 社会参加班 TEL) 0 9 6 - 3 3 3 - 2 2 3 5 FAX) 0 9 6 - 3 8 3 - 1 7 3 9
--------------	--