

「障害者週間のポスター」応募用紙（様式2）

(フリガナ) 作者の氏名	★★ ★★					
	■■ ■■					
自宅住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇					
	横浜市中区△△町〇-〇					
電話番号・FAX 番号	電話番号：045-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX：045-〇〇〇-〇〇〇〇				
E メールアドレス	~~~~@〇〇.co.jp ※本市担当部署からの連絡はEメールで行います。その他の連絡手段をご希望の方はその旨ご記入下さい。					
生年月日・年齢	2×××年 〇月 〇日生 (〇〇歳)					
障害の有無・程度	<input type="checkbox"/> 障害あり <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="3" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td>・種別 (身体障害)</td> </tr> <tr> <td>・部位 (下肢)</td> </tr> <tr> <td>・程度 (3 級)</td> </tr> </table>		}	・種別 (身体障害)	・部位 (下肢)	・程度 (3 級)
	}	・種別 (身体障害)				
・部位 (下肢)						
・程度 (3 級)						
<input type="checkbox"/> 障害なし						
学校名・学年 <small>※学校名は正式名称をご記入ください。</small>	学校名：横浜国立〇〇小学校	学年：〇年生				
学校住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇					
	横浜市中区△△町〇-〇					
電話番号・FAX 番号 (学校)	電話番号：045-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX：045-〇〇〇-〇〇〇〇				
(フリガナ) 作品の題名	~~~~					
	~~~~					
作品で表現したかった内容 ※100字以内でご記入ください	~~~~~					
作品及び作者に関する 確認事項	<input checked="" type="checkbox"/> 本作品は未発表のものである ※発表済の作品は、内閣府へ推薦することができませんのでご注意ください。					
	<input checked="" type="checkbox"/> 本作品は「他作品等からの模倣・流用・盗用等」「生成 AI の利用」を行っていない ※第三者が知的財産権を保有する著作物は、内閣府に推薦することができませんのでご注意ください。					
応募作品の返却希望	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない					
	小学生区分・中学生区分に応募される場合は、本人保護者の署名をお願いします。また、本人の自署が難しい場合は、代筆が可能です。					
その他						

チェックボックス (□) の項目内容を確認し、該当している場合は、チェック (☑) 又は黒塗り (■) をしてください。

小学生区分・中学生区分に応募される場合は、本人保護者の署名をお願いします。また、本人の自署が難しい場合は、代筆が可能です。

本作品は作者本人が単独で作成したものであり、内容に偽りはありません。  
 また、内閣府に推薦された場合、氏名及び所属先 (学校名/学年、職業) が公表されることとなります。  
 令和8年〇月〇日      署名    〇〇 〇〇 (本人保護者)  
 (注) ご記入いただいた個人情報は当該事業に係ることにのみ利用し、他の目的に利用することはありません。

本人の自署の以外は、署名の後ろに“ (本人保護者) ”又は“ (代筆) ”と記載してください。