様式２

「障害者週間ポスター」作者の属性等

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 区分　※〇で囲む | 小学生　　　　　中学生 |
| 1. 作　品　の　題　名   （フリガナ） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 1. 作　者　氏　名   （フリガナ） | (姓)　　　　　　　　　　　　(名)  　（　　　　　　　　　）　　　　（　　　　　　　　　） |
| 1. 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を100字以内でご記入ください。） |  |
| 1. 生　年　月　日（年齢）   ※西暦表記 | 年　　　　月　　　　日生　　（　　　　歳） |
| 1. 住　　　　　所（自宅）   ・電話番号  ・ＦＡＸ番号 | 〒 |
| TEL：  FAX： |
| 1. 学　　校　　名（学年）   （フリガナ）  ・学校所在地  ・担当者名  　・電話番号  　・ＦＡＸ番号  　・メールアドレス | （　　　年生）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 〒  TEL：  FAX：  Mail: |
| 1. 障がいの有無   ※障がいの有無を○で囲む  ※障がいの程度に「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 | 種別（　　　　　　　　　）  ・障がいあり　　　　　部位（　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　程度（　　　　　　　　級）  ・障がいなし |
| 1. 本作品が「未発表」であることの作者本人への確認 | １　本人から確認済　　　　　２　未確認である |
| 1. 本作品が「他作品等からの模倣・流用・盗用等」「生成AIの使用」を行っていないこと（知的財産権など第三者の権利を侵害するものでないこと）の作者本人への確認 | １　本人から確認済　　　　　２　未確認である |
| 1. 作品返却の希望有無 | （　　有　　・　　無　　）  「有」の場合の返却先（　　自宅　　・　　学校　　） |

※　➆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⑥欄の住所はもれなく記載してください。