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。