様式２

「障害者週間ポスター」作者の属性等

① **区分** ※○で囲む	小学生　　中学生
② **作　品　の　題　名** （フリガナ）	（　　）
③ **作　者　氏　名** （フリガナ）	(姓)　　(名) （　　）　　（　　）
④ **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。）	
⑤ **生　年　月　日**（年齢） ※西暦表記	年　　月　　日生　（　　歳）
⑥ **住　　所**（自宅） ・電話番号 ・ＦＡＸ番号	〒 TEL： FAX：
⑦ **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:
⑧ **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	・障がいあり　種別（　　） 部位（　　） 程度（　　級） ・障がいなし
⑨ **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
⑩ **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
⑪ **作品返却の希望有無**	（　有　・　無　） 「有」の場合の返却先（　自宅　・　学校　）

※　⑦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。