

受付番号 番

※こちらに記載は不要です

「障害者週間のポスター」応募用紙

氏名	(ふりがな)	性別		年齢	歳
		生年月日	昭和・平成	年	月 日
住所	〒 ー				
電話番号		FAX番号			
学校名	(年生)				
障害の有無・程度	有・無	(程度)			
作品の発表の有無 ※いずれかに○	未発表である ・ 他での発表がある				
(ふりがな) 作品の題名					
作品のテーマ等 (自由に記入)					