

「障害者週間ポスターの絵」応募票

【提出期限 令和5年9月29日（金）】

1 応募者情報

ふりがな		公表が不可の場合☑ <input type="checkbox"/>
名前		
所属団体名 ※保育園、学校などの場合は教育機関名と学年		公表が不可の場合☑ <input type="checkbox"/>
住所	〒	居住地区名までの 公表が不可の場合☑ (例：稲城市東長沼) <input type="checkbox"/>
電話番号		
メールアドレス		
ニックネーム ※名前の公表が不可の場合のみご記入ください。		

2 応募作品情報

絵のタイトル ※あればご記入ください	
コメント ※どんな想いで絵を描いたか コメントがあればご記入ください。	

3 確認事項（ご確認後、□にチェックを入れてください⇒☑）

①応募作品が選出された場合、市が障害者週間のポスターに使用し、広く活用します。	<input type="checkbox"/> 同意
②応募作品を市ホームページで紹介してもよろしいでしょうか。	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
③応募作品を今後の障害福祉の推進を目的とした市の事業（展示会や市発行物への記載等）にも使用してよろしいでしょうか。	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
④結果はメールまたは書面にてお知らせします（10月頃を予定）。	<input type="checkbox"/> 確認