**「障害者週間ポスターの絵」応募票**

【提出期限　令和６年９月２日（月）】

１　応募者情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 公表が不可の場合☑□ |
| 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☑□ |
| 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）□ |
| 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。 | □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。 | □可　□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。 | □可　□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）。 | □確認 |