

応募票

| | | | | | |
|------------------------------------|--------|--------|--------|--|--|
| 応募部門：(どちらかに○を) 第1部門・第2部門 | | 題 名 | | | |
| (フリガナ) | | | 生年月日 | 西暦 年 月 日 (歳) | |
| 名 前 | | | | | |
| 住 所 | 〒 都道府県 | | | | |
| 電話番号 | () | 携帯電話番号 | () - | | |
| FAX番号 | () | 職業 | | | |
| メールアドレス | | | | | |
| 第1部門の方 | 障害名： | | 第2部門の方 | 障害者との関係（応募者の立場から）と障害名： 例)「息子が肢体不自由」、「友人が視覚障害」など | |

※応募者全員に入選作品集を送付する予定ですが、ご不要の場合は右の□に✓を記入してください。

入選作品集の送付を希望しません。