

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:	
名 前: _____		西 暦 年 月 日 (歳)	
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。