

応募票 (第57回NHK障害福祉賞)

応募部門：(どちらかに○を) 第1部門 ・ 第2部門	題 名
--------------------------------------	-----

(ふりがな)			年 齢	歳
名 前				
住 所	〒 都道府県			
電話番号	()	—	FAX番号	() —
メールアドレス			職 業	

第1部門の方	障害名	第2部門の方	対象者との関係と障害名
	個人情報の取り扱いについて同意しました <input type="checkbox"/> 個人情報の利用に同意し、入選作品集の送付を希望します <input type="checkbox"/>		個人情報の取り扱いについて同意しました <input type="checkbox"/> 応募にあたり作品中の対象者の同意を得ています <input type="checkbox"/> 個人情報の利用に同意し、入選作品集の送付を希望します <input type="checkbox"/>

個人情報保護法順守のため、同意または希望される場合は、上記のに必ずチェックをご記入ください。