別紙６－２

**令和７年度「障害者週間のポスタ－」作品作者属性表**

【　　　　年　　月　　日現在】

|  |  |
| --- | --- |
| ①作品の推薦元（窓口）となる  都道府県名又は指定都市名  ・担当課（室）  ・担当者名  ・電話番号（直通） | 都道府県名又は指定都市名：福島県  ・担　当　課（室）：障がい福祉課  ・担　当　者　名 ：関根 仁日  ・電話番号（直通）：024-521-7170 |
| ②推薦区分※○で囲む | 小学生区分　 ・　 中学ss生区分 |
| ③作品の題名  （フリガナ） |  |
| （フリガナ） |
| ④作品で表現したかった内容  ※作品テーマ、その他作者から のコメント等を、具体的に **100字**以内で記入ください |  |
| ⑤作者氏名  （フリガナ） | （姓）　　　　　　　　　　　　（名） |
| （フリガナ） |
| ⑥生年月日（年齢）※西暦表記 | 年　　　月　　　日生　　（　　　　歳） |
| ⑦住所（自宅）  ・電話番号  ・ＦＡＸ番号  ※提出時点では、⑧の情報でも可 | 〒 |
| ・TEL：  ・FAX： |
| ⑧学校名 ※正式名称／学年  　（フリガナ）  ・学校所在地  　・電話番号  　・ＦＡＸ番号  ※学校名の「フリガナ」記載を  忘れないようお願いします。 | （学校名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　年生） |
| （フリガナ） |
| 〒 |
| ・TEL：  ・FAX： |
| ⑨障害の有無  ※障害の有無を○で囲む  　※障害の程度に「級」の設定等がなく、他に類する設定等がある場合は当該程度を具体的に記載 | ・種別（　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・障害あり　　　　・部位（　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　・程度（　　　　　　　　　　　　　　　級）  ・障害なし　　　　※「障害あり」の場合、上記を必ず記載してください。 |
| ⑩本作品が「未発表」であることの作者本人への確認 | ・作者本人から「確認済」　：　受付時 □ 　　 推薦時　□  　※推薦時には、自己申告ではなく作者本人に確認のうえ、レ点のチェックをしてください。 |
| ⑪本作品が「他作品等からの模倣・流用・盗用等」「生成AIの使用」を行っていないこと（知的財産権など第三者の権利を侵害するものでないこと）の作者本人への確認 | ・作者本人から「確認済」　：  　模倣・流用・盗用等を行っていない　：　受付時 □ 　　 推薦時　□  　生成AIを使用していない　　　　　 ：　受付時 □ 　　 推薦時　□  　※推薦時には、自己申告ではなく作者本人に確認のうえ、レ点のチェックをしてください。 |
| ⑫備考  ※連絡事項等 自由記述欄 |  |

※内閣府への推薦に当たっては、**上記①～⑪までの全ての欄への正確な記入**が必須となります。空欄、漏れ、誤記入等が生じないよう、全ての項目について記入の上、提出してください。特に⑩、⑪は入賞の審査終了後の再確認において判明し、再審査となったこともございます。十分な確認をお願いします。