**「第３９回 障害者による書道・写真全国コンテスト」　応募用紙**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ  ※氏　　名 | | | | | | | 男  ・ | | ※年令  　　　　　才 | ※  応募部門 | | | 書 道 部 門 | | | | 応募される部に○をつけてください  　　　　　 ↓　　　　　　　　↓ | | | | |
| 女 | | 写 真 部 門 | | | | フリーの部・ポートレートの部 | | | | |
| ご住所 | | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | ＴＥＬ  ＦＡＸ |  | | | | | | | |
| ※  (必ず題名をつけて  ください) | |  | | | | | | | | | | | ※制作年月日 | | | 平成・令和  年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 障害者手帳の種類と等級  （手帳に記載されている  とおりに記入してください） | | | | |  | 身体障害者手帳　障害名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | 級 | | |
|  | 療育手帳　　　　　　　　　（障害の程度） | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 精神障害者保健福祉手帳　　（障害の程度）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　級 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※入賞時に掲載する  障害の種類 | | | | 肢体不自由・内部障害・視覚障害・聴覚障害・音声言語機能障害・知的障害・精神障害・難病・その他（　　　　　　）  注：入賞時に展示会等で公表可能な方は、該当箇所に○をつけてください（複数可）。公表不可の方は記入なしで構いません。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※作品制作時の状況・工夫・作品のＰＲ等、参考になる事項があればお書きください。（書道部門・写真部門いずれの応募者の方もご記入  ください。書道部門で、古典作品等の意味などがおわかりでしたら、解説もお願いいたします。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※写真部門  　参考データ | | | 撮影地 | | | | | 使用カメラ（メーカー・機種名） | | | | 使用レンズ・フィルム | | | 絞り  ｆ | | | 露出  ± | | シャッタースピード  １　／　　　　秒 | |
| 応募取りまとめ等  協力機関名 | | | **秋田県障害者社会参加推進センター**  〒010-0922　秋田市旭北栄町１番５号　秋田県社会福祉会館１階　TEL:018-864-2780　FAX:018-864-2781 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注：フリクションボールペンなど、文字の消せるボールペンの使用はお控えください。　※のついた項目は入賞時に公表させていただきます。

●応募の際は、この用紙をコピーしてご使用いただけます。