

出品票

1 作者について (太枠内に記入し、該当する項目にチェックをつけてください☑)

※グループの場合は別紙に全員の作者名・年齢を書いてください。

①作者名 (ふりがな) ☐ 個人 ☐ グループ ※ペンネームでも構いません	※ここに記入した作者名は入選の際掲示されます。	制作人数 名	年齢 歳 ※年齢公表に同意をいただける場合は☑を付す
②障がいの種別 (身体障がいの場合、障がい種別を○で囲んでください) ※当情報は非公表とさせていただきますが、審査過程で作品に対する理解を深めるために記載いただくものです。 ☐ 身体障がい【肢体・視覚・聴覚・内部・言語・他 ()】 ☐ 知的 ☐ 精神 ☐ その他 ()			
③作品PRや創作状況など公開できる情報を100～150字程度でご自由にお書きください。 入選した場合、一部または全文を掲示する予定です。			

2 作品について (太枠内に記入し、該当する項目にチェックをつけてください☑)

①タイトル (ふりがな)			
②大きさ	☐ 平面作品 (額装を含む) たて () cm × よこ () cm ☐ 立体作品 たて () cm × よこ () cm × 奥行き () cm 重さ () kg		
③使った素材の種類	④制作年月		

3 写真審査のため、当出品票と一緒に、作品写真を電子データで送信してください。

- ・天地 (上下の向き) を正しく送信してください。
- ・立体作品は、正面・横 (左右)・後ろ それぞれ1枚ずつ計4枚用意してください。
- ・鮮明な作品写真を用意してください。
- ・電子データは返却しません。

4 連絡先 (当連絡先に記載されている情報は公開されません)

連絡先 (書類送付先) ☐ 作者本人 ☐ 家族 ☐ 施設、学校等 ☐ 他 ()	〒 住所：市・町・村 氏名： 施設名/学校名/アトリエ名など： 電話： メールアドレス：
--	---

5 第17回神奈川県障害者文化・芸術祭の同時応募について

- ➡県内 (横浜市、川崎市を除く) 在住、在勤、在学または通所している障がいのある児者及び関係者
- ・第17回神奈川県障害者文化・芸術祭の同時応募が可能となりました。応募を希望する場合は、☐ 同時応募を希望する
右記にチェックを入れてください。