

「心の輪を広げる体験作文」及び 「障害者週間のポスター」応募用紙(個人用)	
作品の題名	
住所	〒
(フリガナ)	
氏名	
生年月日	年 月 日生
年齢・性別	( 歳 ) ・ ( 男 ・ 女 )
職業又は学校名(学年)	( 年生 )
電話/FAX番号	/
障がいの有無・程度	
その他	

- ・ 募集期間  
平成30年7月2日(月)～平成30年9月7日(金)まで(必着)
- ・ あて先  
〒862-8570(この郵便番号を使うと、住所の記載を省略できます)  
熊本市中央区水前寺六丁目18番1号  
熊本県障がい者支援課  
「心の輪を広げる体験作文応募」  
または「障害者週間のポスター応募」と表記してください。
- ・ お問い合わせ先  
熊本県障がい者支援課  
TEL 096-333-2235

「心の輪を広げる体験作文」及び  
「障害者週間のポスター」応募用紙（学校・団体用）

学校（団体）名		
学校（団体）住所	〒	
学年/組		
学校（団体）の電話/FAX番号	TEL :	FAX :
取りまとめ担当者名		

	題名	作成者氏名(ふりがな)	学年/組	性別	障がいの有無・程度	その他参考になる事項
1				男・女		
2				男・女		
3				男・女		
4				男・女		
5				男・女		
6				男・女		
7				男・女		
8				男・女		
9				男・女		
10				男・女		

・ 募集期間  
 平成30年7月2日（月）～平成30年9月7日（金）まで（必着）

・ あて先  
 〒862-8570（この郵便番号を使うと、住所の記載を省略できます）  
 熊本市中央区水前寺6丁目18番1号  
 熊本県障がい者支援課  
 「心の輪を広げる体験作文応募」  
 または「障害者週間のポスター応募」と表記してください。

・ お問い合わせ先  
 熊本県障がい者支援課  
 TEL 096-333-2235