A.キッズサポーターによる認知症への理解をテーマとする文芸作品応募票

〈学校から直接送付する場合に使用〉

|  |  |
| --- | --- |
| 作品種類  （○をつける） | □作文、□詩、□俳句・川柳・標語、□短歌 |
| 題　　名  （作文・詩の場合は必ず明記） |  |
| 応募者氏名 | （ふりがな） |
|  |
| 学校名 | 立　　　　　　小・中・高等学校　　　　　　　年 |

応募学校情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **学校名** |  | | | | | | | |
| **担当教員氏名** |  | | | | | **役職等** | |  |
| **連絡先** | **TEL** |  | | | | **FAX** |  | |
|  | **e-Mail** | | |  | | | | |
|  | **住所** | | 〒 | |  | | | |

※ 選考結果は、学校へ送付するほか、所在地のある自治体（市区町村等の認知症サポーターキャラバン担当課）へ連絡いたします。

※ 応募作品は返却しません。

※ 本表彰の応募票又は作品に記載の個人情報は、本選考の運営に必要な範囲内で利用します。応募者の同意なく、他の目的に利用することはありません。

※最優秀作品・優秀作品・佳作として選考された作品については、表彰・報告会で配布される冊子、表彰・報告会に関するマスメディア取材、及び当会ホームページ上に氏名、学校名、作品名、授賞式の写真等が公表されます。

（上記公表が不可である場合、応募はご遠慮ください。）

送付先：

全国キャラバン・メイト連絡協議会

「キッズサポーターによる作品応募」と明記してください。

〒162-0843

東京都新宿区市谷田町2-7-15 市ヶ谷クロスプレイス4F

電話：03-3266-0551