B.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自由作品応募票

〈学校から直接送付する場合に使用〉

|  |  |
| --- | --- |
| 作品種類（○をつける） | □ポスター、□絵、□活動報告□その他（具体的に記載　　　　　　　　　　　　　　） |
| 題　　名 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 応募者氏名（学校、学年、クラス等の単位での応募の場合はその旨を明記） | （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 | 〒 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 活動内容（※活動報告の場合は必ず記載。具体的に記載してください。） |  |

★活動報告の場合は、活動内容の詳細（書式自由）、参考となる資料等を必ずこの応募票に添付してください。

※ 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