

聴覚障害者・情報支援者による
佐賀インターナショナルバルーンフェスタ
第8回 写真コンテスト
作品募集

応募要領

令和8年10月バルーンシーズン開始（練習時）から11月3日（火祝）
佐賀インターナショナルバルーンフェスタ終了までの佐賀県内で撮影した写真。
応募作品は2点までとします。
写真はすべて A4 サイズで展示します。センター所有のプリンター（EPSON）
で印刷するため、申込書とデータを提出してください。

申込締切

令和8年11月15日(日)

表彰

優秀作品を表彰、副賞として
県産品を贈ります。

写真は、第6・7回の聴覚障害者・情報支援者による佐賀インターナショナルバルーンフェスタ写真コンテスト入賞作品です。

後援：佐賀市 佐賀バルーンフェスタ組織委員会 システムラボラトリー(株)

佐賀市補聴器専門店会【あそう補聴器(株) (有)岩永補聴器 九州リオン(株) (株)ヨネザワ】

主 催：佐賀県聴覚障害者サポートセンター

佐賀市白山2丁目1-12 佐賀商工ビル4階

TEL：0952-40-7700 FAX：0952-40-7705

第8回 聴覚障害者・情報支援者による 佐賀インターナショナルバルーンフェスタ 写真コンテスト

全国の聴覚障害者及び情報支援者が佐賀の天空を彩る熱気球（バルーン）の写真を通じて、聴覚障害者の芸術・文化活動を推進するために行います。

主 催：佐賀県聴覚障害者サポートセンター

後 援：佐賀市、佐賀バルーンフェスタ組織委員会、システムラボラトリー（株）

補聴器専門店会（あそう補聴器（株）、（有）岩永補聴器、九州リオン（株）、（株）ヨネザワ）

作 品 募 集 要 項

1. 題 材 2026 年 10 月のバルーンシーズン（練習）開始から、11 月 3 日（火祝）佐賀インターナショナルバルーンフェスタ終了までの期間に佐賀県内を撮影した写真
2. 応募資格者 全国の聴覚障害者及び情報支援者として（展示等掲載時は氏名も公表します。）。
3. 出品形式 展示サイズ（A4 サイズ）のデータを申込用紙と併せて提出（メールでも可）
※申込締切後、センター所有のプリンターにて印刷します。
4. 出品点数 未発表の作品で、1 人 2 作品までとします。
5. 出 品 料 出品料は無料
6. 応 募 先 佐賀県聴覚障害者サポートセンター（応募の詳細は提出用紙に記載）
7. 応募締切 2026 年 11 月 15 日（日）18 時まで必着
8. 審 査 審査員・北村 和秀 氏（有明海文化圏写真家）
9. 発 表 審査の発表及び表彰・授与式を 2026 年 12 月 13 日（日）に行います。
10. 賞及び賞品

最優秀賞 (シスラボ賞)	賞状 賞品(一眼レフカメラ)	*最優秀賞賞品がより多くの方の手に渡るよう、過去 3 年間の間に受賞された方は同賞の審査対象外といた します。※該当者には別途お知らせいたします。	
審査員特別賞※	賞状 賞品(佐賀県産品)	優秀賞	賞状 賞品(佐賀県産品)

※ 審査員特別賞は、最優秀賞作品に次ぐ評価を得た作品に与えます。該当が無い場合もあります。

11. 作品展示 表彰・授与式終了後、当センター内で 2027 年 2 月まで展示します。

12. そ の 他 ① 応募作品のデータは佐賀県聴覚障害者サポートセンターが所有し、著作権は撮影者に帰属します。なお撮影者は、応募したデータを当センターの広報等を使用することを承諾するものとします。

② 著作権、肖像権に関するトラブルの責任は、当センターは一切負いかねます。

③ 佐賀インターナショナルバルーンフェスタが中止となった場合、写真コンテストは中止します。



**第8回 聴覚障害者・情報支援者による
佐賀インターナショナルバルーンフェスタ 写真コンテスト**

提出用紙

＜申込条件＞

- ・全国の聴覚障害者及び情報支援者を対象とします。（展示等掲載時は氏名を公表します。）
- ・1人2作品まで応募できます。
- ・作品は2026年10月バルーンシーズン開始～11月3日までに佐賀県内を撮影したもので、未発表のものに限ります。

下記の必要事項に記入し、データと一緒に提出してください（メールでの提出可）。

作品①		作品②	
タイトル		タイトル	
撮影場所	☐ 嘉瀬川河川敷 ☐ その他(場所: _____))	撮影場所	☐ 嘉瀬川河川敷 ☐ その他(場所: _____))
撮影日	2026年 _____ 月 _____ 日	撮影日	2026年 _____ 月 _____ 日
写真データのファイル名		写真データのファイル名	
フリガナ			年 齢
氏 名			
住 所	〒 _____		
TEL		FAX	
メールアドレス			
申込資格（該当するものに ☒ と手帳等級等もしくは学習歴に記入をお願いします）			
☐ 聴覚障害者〔障害者手帳 _____ 級：手帳交付年月 _____ 年 _____ 月交付〕			
☐ 手話通訳・学習者（聴者）〔学習歴： _____ 年 _____ カ月〕			
☐ 要約筆記学習者（聴者）〔学習歴： _____ 年 _____ カ月〕			

※記入いただいた個人情報は、この写真コンテストに関する以外には使用しません。

【申込の注意】

- ・申込締切：2026年11月15日（日）18時まで必着。記入漏れ等不備がある場合受付不可。
- ・写真データは、提出用紙に記入するタイトル名か作品①および作品②の区別が分かるようにファイル名を付けて下さい。ファイル名の変更方法が分からない場合、提出時のファイル名を記入下さい。
- ・当センターにてA4サイズで印刷します。印刷時の自動調整は行いません。

＜ 申 込 先 ＞

佐賀県聴覚障害者サポートセンター（〒840-0826 佐賀市白山二丁目 1-12 佐賀商エビル 4 階）
TEL：0952-40-7700 FAX：0952-40-7705 Mail：info@saga-mimisapo.jp