

アクターズゼミナール伊那塾ミュージカル教室 参加申込書（FAX専用）

*は高校生以下のみ記入してください

フリガナ	性別 男 ・ 女
なまえ	
*学校名（4/1より） <div style="text-align: right;">年生</div>	【生年月日】 年 月 日 4/1現在 才
フリガナ	
*保護者氏名	
居住市町村名 実際に住んでいる自治体名をお知らせください。 <input type="checkbox"/> 駒ヶ根市 <input type="checkbox"/> 伊那市 <input type="checkbox"/> 宮田村 <input type="checkbox"/> 飯島町 <input type="checkbox"/> 中川村 <input type="checkbox"/> その他（県外の場合は県名も） _____	
電話番号 携帯電話など連絡のつきやすい番号をお知らせください。 () —	
E-mail （ブロック体ではっきりと） <div style="text-align: right;">※電話もしくはE-mailで中止等の諸連絡を行うことがあります。</div>	
肖像権使用同意書 当教室に出演するにあたり、練習風景の肖像等を教室の広告・印刷・各種メディア（インターネット等）、あらゆる媒体で使用されることを許可し、無償及び使用期間を限らず肖像権を使用することに同意します。 また、同意書に記載した内容について偽りが無いことを保証します。 氏名 _____	
参加にあたってチャレンジしたいこと、学びたいこと、過去の舞台経験、また体調について不安なことなど（小学生で鼻血が出やすい、脱臼しやすい、アレルギーがある）などありましたらご自由に記入してください。	

*緊急連絡先（主に送り迎えをされる方のお名前と、電話番号をご記入下さい。）

氏 名	本人との関係（ ）
携 帯（ ）	—
上記と同じ場合は空欄で結構です	

※ いただいた個人情報は本企画の運営以外には使用いたしません。