

チャリティーバレエコンクール 参加申込書

※申込書はコピーし、お1人様1部門につき1枚郵送あるいはFAXしてください。

該当する項目に ☒ を入れてください。

参加部門	<input type="checkbox"/> レッスン審査（海外留学等スカラシップ希望の場合は必須／対象年齢 11 歳～ 19 歳迄）		
	<input type="checkbox"/> 小学 1 年生の部 <input type="checkbox"/> 小学 2 年生の部 <input type="checkbox"/> 小学 3 年生の部 <input type="checkbox"/> 小学 4 年生の部 <input type="checkbox"/> 小学 5 年生の部 <input type="checkbox"/> 小学 6 年生の部 <input type="checkbox"/> 中学 1 年生の部 <input type="checkbox"/> 中学 2 年生の部 <input type="checkbox"/> 中学 3 年生の部 <input type="checkbox"/> 高校 1 年生の部 <input type="checkbox"/> 高校 2 年生の部 <input type="checkbox"/> 高校 3 年生の部 <input type="checkbox"/> シ ニ ア の 部		
課題曲	のヴァリエーション		所要時間 分 秒
音出し	<input type="checkbox"/> 音先 <input type="checkbox"/> 板付 <input type="checkbox"/> きっかけあり	舞 台	<input type="checkbox"/> 上手 <input type="checkbox"/> 下手
希望スカラシップ	<input type="checkbox"/> 海外留学		

出場者について

お名前	ふりがな		
	男 ・ 女		
生年月日	西暦 年 月 日	<学年> ○で囲んでください 小・中・高・大 年	<年齢> コンクール当日現在 歳
ご住所 連絡先	〒 都道府県		
	電話番号	F A X	

参加団体について ※申込確認連絡、出場 I D 送付先となります。

団体名	ふりがな	
	指導者名	ふりがな
ご住所 連絡先	〒 都道府県	
	電話番号	F A X
緊急連絡先	携帯電話番号	申込確認連絡用 メールアドレス

チャリティーバレエコンクール事務局

〒143-0021 東京都大田区北馬込1-1-10
F A X 03-3772-2784 T E L 080-3585-7769
E-mail charityballet@yahoo.co.jp
ホームページ <http://charityballet.main.jp>

