

# 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
課題曲	のヴァリエーション										所要時間	
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	分	秒		
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			<年齢>コンクール当日現在 年		
ご住所 連絡先	〒	—								
	都道府県			電話番号			FAX			—

### 参加団体について

※申込確認連絡、出場ID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			FAX			—	—	
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>

