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	☐ 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 ）			
	☐小学１年生の部 ☐小学２年生の部 ☐小学３年生の部 ☐小学４年生の部 ☐小学５年生の部 ☐小学６年生の部 ☐中学１年生の部 ☐中学２年生の部 ☐中学３年生の部 ☐高校１年生の部 ☐高校２年生の部 ☐高校３年生の部 ☐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	☐ 音先　☐ 板先　☐ きっかけあり	舞　台	☐ 上手　　☐ 下手	
希望スカラシップ	☐ 海外留学　☐ルネサンス高等学校（通信制）授業料免除 ※希望するものすべてにチエックください			

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	〒　　ー 都道 府県		
	電話番号　　ー　　ー	ＦＡＸ　　ー　　ー	

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	〒　　ー 都道 府県		
	電話番号　　ー　　ー	ＦＡＸ　　ー　　ー	
緊急連絡先	携帯電話番号　　ー　　ー	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
ＦＡＸ 03-3772-2784　　ＴＥＬ 080-3585-7769
Ｅ-mail　charityballet@yahoo.co.jp
ホームページ　http://charityballet.main.jp