

希望日 7月20日(土)・23日(火) <small>※いずれかの日にちに○をつけて下さい。</small>	受付番号
--	------

映画「ミステリーサークル・チルドレン」(仮題)公開オーディション応募シート

ふりがな お名前		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
ご年齢	昭和・平成 年 月 日生 (才)	(写真) ※本人確認のため、 出来るだけお願いします。 ※大きさは自由です。
ご連絡先住所		
電話番号 <small>ご連絡の取りやすい番号</small>		
メールアドレス		
保護者氏名 <small>(未成年者の場合)</small>		
保護者電話番号 <small>(未成年者の場合)</small>		保護者印 <small>(未成年者の場合)</small>
応募動機 自己PRなど		
<small>★ご記入頂いた個人情報は、映画「ミステリーサークル・チルドレン」(仮題)を応援する会準備会が所有し、本作の出演者募集、ご出演の連絡、上映のご案内以外には一切使用致しません。</small> <small>★オーディション時間は、事務局より電話またはE-mailにてお伝えします。</small> <small>★本人確認のため、連絡をとらせていただくことがありますのでご了承ください。</small> <small>★オーディション参加の交通費・出演料などの支給はありませんのでご了承ください。</small> <small>★1日の定員300名を越えた場合、別日、他会場での参加をお願いする場合がありますのでご了承下さい。</small> <small>★未成年者の場合は、保護者の名前のご記入・捺印をお願い致します。</small>		