



STONEψWINGS  
ACTING SCHOOL

受講申し込みフォーム

\*申し込みフォーム(2枚)にご記入の上、右に写真を貼付し、下記オフィスまでご郵送またはご持参ください。

112-0004 東京都文京区後楽2-23-12 Holic House201  
STONEψWINGS ACTING SCHOOL

ふりがな 氏名		年齢
生年月日	年 月 日	性別 男・女
住所 〒 —		
電話番号		
メールアドレス		

顔のわかる写真であれば  
スナップも可  
(上半身・全身問わず)

受講希望クラス	<input type="checkbox"/> シアターゲーム&インプロヴァイゼーション ( 火曜 ・ 金曜 )
	<input type="checkbox"/> スタニスラフスキートータルアクティング ( 水曜 ・ 土曜 )
	<input type="checkbox"/> アドヴァンスクラス
	<input type="checkbox"/> 日曜クラス
	<input type="checkbox"/> シェイクスピアクラス <input type="checkbox"/> I DO & I WANTマスタークラス <input type="checkbox"/> チェーホフ&ジンダーメソッド
*受講開始後も変更が可能です。	

事務記録欄 *記入不要	
----------------	--



主な学歴	
主な職歴	
演技経験	<p>過去に演技を学んだことがある                    はい ・ いいえ</p> <p>「養成所名・学校名・師事者名等を詳しく」</p> <p>過去に劇団もしくは事務所に所属したことがある                    はい ・ いいえ</p> <p>「その名称と所属期間」</p> <p>過去に舞台もしくはTV・映画等に出たことがある                    はい ・ いいえ</p> <p>「作品名・公開年・劇場名・演出家名等を詳しく」</p>

趣味・特技	
将来の目標	
自己PR	