



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。

160-0011 東京都新宿区若葉1-2-16 ASTY B1F
STONEψWINGS アクティングスクール

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 (火曜日) <input type="checkbox"/> スタニスラフスキーマスターコース (水曜日) <input type="checkbox"/> アドヴァンスクラス (木曜日) <input type="checkbox"/> セレクションクラス (火曜日)	<input type="checkbox"/> パフォーマンスクラス (4~7月) <input type="checkbox"/> I DO & I WANTマスタークラス (8~3月) <input type="checkbox"/> チェーホフ&ジンダーメソッド (未定) <input type="checkbox"/> オーディション必勝対策クラス (未定) <input type="checkbox"/> 世界から学ぶ演劇特講 (未定) <input type="checkbox"/> シェイクスピアクラス (未定)
---------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

備考・通信欄 もし希望や要望等あればこちらにお書きください	
----------------------------------	--

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 「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 「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 「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	