

ティーンズアートフェスティバル 出演団体推薦書

都道府県名

担当課名

電話番号

FAX番号

E-mail

ふりがな 団体名						
ふりがな 代表者名						役職名 ()
所在地	〒					
	電話番号			FAX番号		
参加人数	中学生：男性	人	女性	人	計	人
	高校生：男性	人	女性	人	計	人
	引 率：男性	人	女性	人	計	人
						合計 人
出演希望日	① 11月7日 (土) ② 11月8日 (日)					
リハーサル (希望する場合は、 日時を記載)	希望： 有 ・ 無			① 11月6日 (金) ② 11月7日 (土)		
	(リハは出演前日になります)			希望時間： 時より		
交通手段	・公共交通機関 () ・貸切バス (台) ・その他 ()					
上演内容	タイトル					
	演出家	氏名				
		所属				
	上演目的					
	内容					
時 間	設営時間： (仕込み)		分	(撤収)		分
	上演時間：		分	合計		分

団体の活動歴	結成年	年結成	主となる公演場所		
	代表的な上演作品	上演年月	タイトル		作者・演出者名
					作 : 演出 :
					作 : 演出 :
					作 : 演出 :
(注) 貴団体による創作の場合は、タイトルの後に (創作) と記載してください。					
団体プロフィール	団体の趣旨				
	略歴等				
連絡先 (責任者)		住 所	〒		
			電話番号	FAX番号	
		ふりがな 氏名			
		携帯電話			
		E-mail			

※代表的な上演作品について、DVD及び写真・パンフレット等を添付してください。(返却不可)
 ※出演及びリハーサル日時については、希望に沿えない場合があります。
 ※団体プロフィールには、活動への子どもたちの関わりがわかるように記載してください。