**美祢市フィルムコミッション　エキストラ登録申込書**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  （　男　・　女　） |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成　　　　年　　　月　　　日　（満　　　歳） |
| 保護者承諾署名(18歳未満の場合) | ㊞　　 | 続柄 |  |
| 住　所 | 〒　　　　- |
| 電話番号 | ｰ　　　ｰ　 | FAX | 　　　　ｰ　　　ｰ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 日中の連絡先 | ｰ　　　ｰ　　　　　 　　　　（　携帯・勤め先　） |
| E-mail |  |
| 職業・学校・所属団体名 |  |
| 自己ＰＲ | 身長：　　　ｃｍ　 撮影日:令和　 年 　月　 日バストアップ写真貼付※写真裏に名前を書いてください |

令和　　年　　月　　日

  ※ボランティアとしての活動をしていただきますので、交通費・謝礼等は原則としてお支払いできませんのでご協力をお願いいたします。