

エム・アーツ 声優教室ヴォイス倶楽部受講(体験・見学)申込書

平成 年 月 日

ふりがな		印	(生年月日・年齢)
氏名			昭和・平成 年 月 日 (才)
			(性別) 男 ・ 女
保護者承認	保護者名 ㊟ (未成年に方は保護者の同意をもらってください)		
現住所	〒 TEL FAX		
Eメール			
職業(学校)			
受講動機			

送付先

〒274-0077 千葉県船橋市薬円台5-23-10 LM船橋東509 エム・アーツ (村上)宛て

ファックス 047-401-1338