『深川秀夫の世界』を継承する会

代表 深川知巳 殿

**深川秀夫作品上演に関する申請書**

深川秀夫バレエ作品の上演を希望しますので、別紙の利用規約に同意し、以下のとおり申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **申請日** | 年　　　　月　　　　日 |

**＜上演申請者・団体＞**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請者氏名** | (フリガナ) | | | |
|  | | | |
| **上演団体名** | (フリガナ) | | | |
|  | | | |
| **住所**  上演団体 申請者 | 〒 | (フリガナ) | | |
|  | | |
| (フリガナ) | | | | |
| ビル・マンション名までご記入ください。 | | | | |
| **TEL**  上演団体 申請者 |  | | **FAX**  上演団体 申請者 |  |
| **E-mail** |  | | | |

**＜上演作品＞**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **作品名** |  | |
| **作品の上演経験** | **A.上演の経験がある（再演作品）**　　  **B.上演の経験がない** | |
| 以下それぞれご記入ください | |
| **A.上演の経験がある場合** | |
| 過去の上演日 | 年　　　月　　　日 |
| 公演名 |  |
| 公演会場 |  |
| **B.上演の経験がない場合** | |
| 参考にされた公演があればご記入ください | |
|  | |
| **予定上演時間** | 分 | |

**＜上演する公演＞**

|  |  |
| --- | --- |
| **公演名** |  |
| **日時** | 年　　　　月　　　　日　（　）　　時　　分 開演 |
| **会場** |  |

**＜連絡事項＞**

|  |
| --- |
|  |

**深川秀夫バレエ作品上演申請についてのお問い合わせ先**

『深川秀夫の世界』を継承する会 事務局

〒464-0086 愛知県名古屋市千種区萱場2-14-3-601  
TEL & FAX：052-723-7206

E-mail：fukagawa.b.w@gmail.com