

平成29年度 国内専門家フェローシップ制度 申込書 <個人からの申込み>

ふりがな				<input type="checkbox"/> 男	写真貼付位置 上半身4cm×3cm 過去3ヶ月以内のもので正面を向いていること(興行用、スナップ写真等不可) ※写真の裏面に氏名を記入すること	
氏名	印			<input type="checkbox"/> 女		
生年月日	昭和・平成	年	月	日	年齢	歳 (平成29年4月1日現在)
分野	<input type="checkbox"/> 演劇 <input type="checkbox"/> 音楽 <input type="checkbox"/> 舞踊 <input type="checkbox"/> 演芸 <input type="checkbox"/> 伝統芸能 <input type="checkbox"/> その他()					
専門職域	※制作、プロデューサー、音響、照明など、現在の専門職域をご記入ください					
勤務先 または 所属先	名称					
	役職・担当職務					
	〒	住所	電話			
			FAX			
		eメールアドレス				
自宅 連絡先	〒	住所	電話			
			FAX			
			eメールアドレス			
その他 連絡先	〒	住所	電話			
			FAX			
			eメールアドレス			
最終学歴	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	(名称)	※ 在学・卒業・中退 (いずれかに○)	
	<input type="checkbox"/> 平成					
資格						
健康状態	(持病をお持ちの方は必ず記入のこと)		既往歴	(最近5年内のみ記入)		
配偶者	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	扶養家族	人		

希望 研修期間 (予定)	平成	年	月	旬	～	平成	年	月	旬
--------------------	----	---	---	---	---	----	---	---	---

個人で申請する者で、会社や団体等に所属している場合は、以下の欄に所属長の許可を得て申請してください	
申請 承認欄	この者が平成29年度国内専門家フェローシップ制度へ応募することを承諾します。ただし、所属団体からの申請ではなく、あくまで個人からの応募とし、研修期間中も個人の責任において研修を行うこととします。
	団体名 〒 住所 役職・氏名 印

チェックリスト(全ての準備が終了後、チェックしたうえで提出してください)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 押印しましたか | <input type="checkbox"/> 申込書、経歴書、研修計画書、推薦書、住民票、写真は揃っていますか |
| <input type="checkbox"/> 希望研修期間は平成29年9月～平成30年2月の期間中になっていますか | <input type="checkbox"/> 未記入の部分はありますか |

平成29年度 国内専門家フェローシップ制度 申込書 <団体からの申込み>

ふりがな				<input type="checkbox"/> 男	写真貼付位置 上半身4cm×3cm 過去3ヶ月以内のもので 正面を向いていること (興行用、スナップ写真等 不可) ※写真の裏面に 氏名を記入すること		
氏名	印			<input type="checkbox"/> 女			
生年月日	昭和・平成	年	月	日	年齢	歳 (平成29年4月1日現在)	
分野	<input type="checkbox"/> 演劇 <input type="checkbox"/> 音楽 <input type="checkbox"/> 舞踊 <input type="checkbox"/> 演芸 <input type="checkbox"/> 伝統芸能 <input type="checkbox"/> その他()						
専門職域	※制作、プロデューサー、音響、照明など、現在の専門職域をご記入ください						
勤務先 または 所属先	名称						
	役職・担当職務						
	〒	住所	電話				
			FAX				
		eメールアドレス					
自宅 連絡先	〒	住所	電話				
			FAX				
			eメールアドレス				
その他 連絡先	〒	住所	電話				
			FAX				
			eメールアドレス				
最終学歴	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	(名称)	※在学・卒業・中退 (いずれかに○)		
資格							
健康状態	(持病をお持ちの方は必ず記入のこと)		既往歴	(最近5年以内のみ記入)			
配偶者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	扶養 家族	人				

希望 研修期間 (予定)	平成	年	月	旬	～	平成	年	月	旬
--------------------	----	---	---	---	---	----	---	---	---

団体から研修へ申請する場合は、以下の団体申請欄を記入してください。	
団体 申請欄	この者を、平成29年度国内専門家フェローシップ制度へ、弊団体から派遣申請します。研修期間中および 研修終了後も弊団体の職員として扱うこととします。 なお、フェローシップ対象者に決定した場合、研修期間中は(休職・出張)扱いとし、給与は(無給・有 休)とします。 ※研修期間中の扱いおよび給与については、()内いずれかに○をしてください
	団体名 〒 住所 代表者役 職・氏名 印

チェックリスト(全ての準備が終了後、チェックしたうえで提出してください)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 押印しましたか | <input type="checkbox"/> 申込書、経歴書、研修計画書、推薦書、住民票、写真は揃っていますか |
| <input type="checkbox"/> 希望研修期間は平成29年9月～平成30年2月の期間中になっていますか | <input type="checkbox"/> 応募者が貴団体の職員であることが証明できる書類はありますか |
| <input type="checkbox"/> 団体申請欄は未記入になっていませんか | <input type="checkbox"/> その他未記入の部分はありますか |

経歴書

(氏名)

1. 専門教育や研修等の履修歴

※年号は和暦でご記入ください。

和暦年	(西暦)	主な専門教育、研修等の履修歴(卒業、修了等の略歴を記入してください)	
年	年 月		
年	年 月		
年	年 月		
年	年 月		
年	年 月		

2. 職業略歴(未就業者は記入不要)

和暦年	(西暦)	職業略歴(就職、就業、所属等の略歴を記入してください)	
年	年 月		
年	年 月		
年	年 月		
年	年 月		
年	年 月		

3. 主な芸術活動の履歴

※担当職務は、具体的に詳しくご記入ください。

和暦年	(西暦)	作品・公演名／担当職務・役割等	会場	主催者
年	年 月			
年	年 月			
年	年 月			
年	年 月			
年	年 月			
年	年 月			
年	年 月			
年	年 月			
年	年 月			

4. 受賞等の履歴

		受賞歴等(主催者、賞名、作品名、役名等を記入してください)
年	月	
年	月	
年	月	
年	月	

研修計画書

(氏名)

1. 研修応募目的

--

2. 希望する研修先と学びたい研修内容 ※できるだけ具体的に詳しく記入してください

第1希望		希望期間 平成 年 月 旬～平成 年 月 旬
研修内容		
第2希望		希望期間 平成 年 月 旬～平成 年 月 旬
研修内容		
第3希望		希望期間 平成 年 月 旬～平成 年 月 旬
研修内容		

3. 研修後の文化芸術活動の将来計画

--

推 薦 書

平成 年 月 日

推薦者

(住 所)

(団 体 名)

(役職・肩書)

(氏 名)

印

候補者氏名

推薦理由