

No. \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

## 呉地域フィルムコミッション・エキストラ登録申込書

ふりがな 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日 ( 歳)		
保護者氏名	※20歳未満の方はご記入ください。		本人との続柄：
ふりがな 住所	〒		
電話番号			
携帯番号			
E-MAIL			
FAX			
自己PR	(特技, 資格, 活動経験など)		

※「呉地域フィルムコミッション・エキストラ要綱」の記載事項を承諾のうえ、登録を希望します。(承諾される方は、以下にご署名、押印をお願いします。 20歳未満の方は保護者の方もご署名、押印をお願いします)

令和 年 月 日

氏 名 印

保護者氏名 印

添付書類：全身写真及び顔写真（サイズはL版で、それぞれ1枚ずつ）

- その他：(1) エキストラの必要が生じた場合は、制作者において候補者を選定し、事務局から活動内容、期間等をお知らせします。
- (2) 登録いただいたデータは、事務局が責任を持って管理し、呉地域フィルムコミッションが支援する映像制作者に対する協力以外の目的に使用することはありません。
- (3) 呉地域フィルムコミッションは、撮影時等、当業務における不慮の事故等について、一切の責任を負いません。ただし、一定の範囲を補償するボランティア活動保険に加入します。
- (4) この手続きは「登録」であり、必ずしもエキストラとしての参加を約束するものではありません。