

ENTRY FORM 応募用紙

応募先: イメージフォーラム・フェスティバル2017 事務局
 〒150-0002 東京都渋谷区渋谷2-10-2 tel: 03-5766-0116 fax: 03-5466-0054

(ふりがな) 題名		(ふりがな) 作者名		
英語題名(必ずご記入ください)		作者名英語表記		
オリジナル作品フォーマット	上映時間 分	カラー <input type="checkbox"/> カラー <input type="checkbox"/> モノクロ <input type="checkbox"/> その他()	制作年 <input type="checkbox"/> 2016年 <input type="checkbox"/> 2017年	言語 <input type="checkbox"/> 日本語 <input type="checkbox"/> 言語なし <input type="checkbox"/> その他() ※日本語以外は原則として日本語字幕をつけてください。
応募作品(プレビュー)フォーマット				
フィルム	<input type="checkbox"/> 8mmフィルム ▶ <input type="checkbox"/> 18コマ/秒 <input type="checkbox"/> 24コマ/秒 マグネティック(<input type="checkbox"/> 1トラック <input type="checkbox"/> 2トラック) <input type="checkbox"/> サイレント <input type="checkbox"/> 16mmフィルム ▶ <input type="checkbox"/> オプティカル <input type="checkbox"/> マグネティック <input type="checkbox"/> サイレント			
ビデオ	<input type="checkbox"/> DV <input type="checkbox"/> HDV <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> Blu-ray		画面サイズ <input type="checkbox"/> 16:9 <input type="checkbox"/> 4:3 <input type="checkbox"/> その他()	
データ	<input type="checkbox"/> Vimeo <input type="checkbox"/> You Tube <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> パスワード() <input type="checkbox"/> 限定公開 件名に作品名と作者名を明記して、link2017@imageforumfestival.comに視聴アドレスをメールしましたか? <input type="checkbox"/> はい			
作者の略歴		応募者の連絡先		
生年月日 年 月 日(歳) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		(ふりがな) 名前 <input type="checkbox"/> 作者本人 <input type="checkbox"/> その他()		
職業(学校名)		住所 〒		
出身地		Tel		
略歴・作品歴		E-mail		
webサイト		他の連絡先		
スタッフ・キャスト		応募作品の 上映歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 応募歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 受賞歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 配給歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
作品解説(制作意図など)		(インスタレーション作品等の場合) 別紙資料 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
※以下の欄は記入しないこと				
受付日	撤入者	備考		
No.	受付者			