İBB ŞEHİR TİYATROLARI

ÇGSM/ATÖLYE BAŞVURU FORMU

Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

Eğitimi:

Tiyatroyla İlgisi:

Katılmak İstediği Atölye(ler):

Neden Katılmak İstediği/İlgi Alanı:

İletişim Bilgileri:

Telefon:

Email: