



音楽クリニック受講申込書

オーケストラと友に音楽祭実行委員会 行

申込日 平成 年 月 日

フリガナ								
氏名								
生年月日	昭和 平成	年	月	日生	年齢	歳	性別	男・女
住所	〒 -							
電話						FAX		
携帯電話					Eメール			
学校名・所属団体								(学年 年)
	*高校進学予定の方は、「進学予定」と明記し、現中学校名を記入してください							*新学期での学年を記入してください
希望するコース (○印)	①中学生吹奏楽コース    ②高校生吹奏楽コース    ③弦楽合奏コース ④オーケストラ体験コース ⑤アンサンブルコース →希望するアンサンブル形態と演奏したい曲目(複数記載可) [ _____ ]							
希望する楽器	*管楽器はB♭クラリネット・バスクラリネットなど詳細に、ヴァイオリンは希望するパート(1st・2nd)を記入してください							
演奏経験	♪今までに演奏したことのある曲(2曲程度)							
	♪楽器経験年数 _____年 _____ヵ月				♪現在使用している教則本(○○第□巻等) _____			
	(『オーケストラ体験コース』を希望される「弦楽器」の方のみ) ポジションチェンジを習ったことがありますか。習ったことがあると答えた方は、どこまで習ったかご記入ください。 習ったことがある( _____ ポジションまで) ・ 習ったことがない							
確認事項	承認いただき、□欄にチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 実行委員会において撮影された公式記録写真や映像等について、PR(広報ツール、ホームページ他)など様々な場面での使用を認めます。							
音楽クリニックで学びたいことや応募の動機等を記入してください								
<b>受 講 承 諾 書</b>								
保護者の承諾 (18歳以下の方は必要)						中・高校生で部・班活等に所属している方のみ		
オーケストラと友に音楽祭2017 音楽クリニック募集要項を了承の上、音楽クリニックを受講することを承諾いたします。 平成 年 月 日						顧問承諾印		
保護者氏名 _____ (印)								

\*下記欄は、記入しないでください

受付日		受付番号	
-----	--	------	--

オーケストラと友に音楽祭実行委員会事務局(飯田文化会館内)  
〒395-0051 飯田市高羽町5-5-1 TEL:0265-23-3552 FAX:0265-23-3533  
E-mail:ibunka@city.iida.nagano.jp

※申込みに関しては、募集要項の特記事項・注意事項をお読みください。  
ご記入頂いた氏名等の情報は、オケ友音楽祭以外の目的には使用いたしません。