

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			F A X		
携帯電話			Eメール		
学校名・所属団体	*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。				(学年 年) *新学期での学年を記入してください
希望するコース (○印)	<input type="checkbox"/> ①中学生吹奏楽コース <input type="checkbox"/> ②高校生吹奏楽コース <input type="checkbox"/> ③弦楽合奏コース				
希望する楽器 (○印)	<input checked="" type="checkbox"/> 中学生・高校生吹奏楽コース フルート (ピッコロ)、オーボエ (イングリッシュホルン) クラリネット (E♭・B♭・アルト・バス)、ファゴット、サクソフォン (アルト・テナー・バリトン) ホルン、トランペット、トロンボーン、ユーフォニアム、チューバ コントラバス、打楽器 (希望楽器: ) <input checked="" type="checkbox"/> 弦楽合奏コース ヴァイオリン (1st・2nd)、ヴィオラ、チェロ、コントラバス				
演奏経験	♪楽器経験年数		♪今までに演奏したことのある曲(2曲程度)		
	年 月		_____		
			♪現在使用している教則本(○○第□巻等)		
			_____		
確認事項 (○印)	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か。			認めます ・ 認めません	
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					

受講承諾書

保護者の承諾 (18歳以下の方は必要)	中・高校生で部活動に所属している方のみ
<p>オーケストラと友に音楽祭2018 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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>保護者氏名 _____ (印)</p>	顧問承諾印

\*下記欄は、記入しないでください

受付日		受付番号	中・高・弦
-----	--	------	-------

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。