

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			携帯電話		
Eメール					
学校名・所属団体					(学年 年) *新学期での学年を記入してください
	*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。				
希望するコース (○印)	①中学生吹奏楽コース		④弦楽器初心者合奏コース		
	②高校生吹奏楽コース		⑤アンサンブルコース		
	③弦楽合奏コース		⇒ [希望するアンサンブル形態:]		
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	♪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(〇〇第〇巻等)		

	(『弦楽器初心者合奏コース』を希望される方のみ) 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				
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
オーケストラと友に音楽祭2019 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 保護者氏名 _____ (印)	顧問承諾印

※音楽クリニック募集要項の特記事項・受講に関する注意事項を必ずご確認の上、ご参加ください。

※ご記入いただ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。

*下記欄は、記入しないでください

受付日		受付番号	
-----	--	------	--