

2023年度合唱講習会コーラスクリニック 参加申込書

該当項目を○で囲んで下さい	加盟 ・ 非加盟								
(ふりがな)									
団体名				個々の参加者名の記入は必要ありません。					
(ふりがな)									
申込担当者									
連絡先	〒	—	e-mail						
	TEL	—	携帯	—					
申込枠のところに「○」をご記入ください。また申込が重なったときのために第3希望まで受け付けておりますので、希望枠の部分に数字をご記入ください。(希望がなければご記入いただく必要はありません。)また連続2枠などの2つ申込を希望される団体は申込み枠部分に「1」、「2」と数字をご記入ください。									
希望するクリニック	2/3(土)	講習名	申込枠	希望	2/4(日)	講習名	申込枠	希望	
		コーラスクリニック① 17:30~18:30				コーラスクリニック③ 10:20~11:20			
		コーラスクリニック② 18:50~19:50				コーラスクリニック④ 11:40~12:40			
	/						コーラスクリニック⑤ 14:00~15:00		
							コーラスクリニック⑥ 15:20~16:20		
							コーラスクリニック⑥ 16:40~17:40		
加盟団体				非加盟団体					
受講料・楽曲	団体	20,000 円 ×	=	0 円	団体	25,000 円 ×	=	0 円	
	受講曲(1)	曲名			作曲		作詞		
	受講曲(2)	曲名			作曲		作詞		
	受講曲(3)	曲名			作曲		作詞		
引率者聴講 (2名まで無料)	1名→		2名→		3名以上→	500円×	0 名	0 円	
	合計				合計				
(備考)									

注1：学校関係等で引率で聴講を希望される場合は必ず人数の欄に○をお願いします。3名以上の場合はその数と合計金額をご記入ください。
 注2：クリニックの申込について応募多数の場合は抽選とし、2枠希望の団体には変更をお願いする場合がございますので、予めご了承ください。
 注3：クリニックのみ抽選があったときの為に早めに申込締切を設けております。

<申込先>

メール pmyhn852@ybb.ne.jp (竹本茂敏 宛)

抽選結果や振込についての詳細は担当者より決定通知とともに改めて連絡いたします。

申込締切；2023年12月26日（火）

※ご記入いただいた個人情報につきましては、連盟の活動以外には一切使用致しません。