

申込締切日 6月14日(木) 【 FAX番号 62-3328 】

受付は先着順とし、定員に達しましたら締切とします。

加藤直明トロンボーンクリニック 申込書

学校が連絡先(申込み)となる場合はこちらに記入してください	学校名				
	TEL		FAX		
	E-mail				
	ご担当者様氏名				
個人が申込みの場合はこちらに記入してください	氏名				
	学校名				
	TEL		FAX		
	E-mail				
※個人での申込みの場合、中学生以下の方は、保護者の方の同意が必要です。					
保護者署名 ㊟					
受講希望者	初級コース (午前の部)	学 年	氏 名	学 年	氏 名
			(ふりがな)		(ふりがな)
			(ふりがな)		(ふりがな)
	中級コース (午後の部)	学 年	氏 名	学 年	氏 名
			(ふりがな)		(ふりがな)
			(ふりがな)		(ふりがな)
	ご質問等がありましたらご記入ください				