

2017年 ブラスクリニック（第1回） 参加申込書

団体名	代表者名
〒	T e l
住所	F a x
連絡者氏名	携帯電話
	F a x

参 加 者 名 簿

※講習を受ける方は、ご自分が担当する楽器名をご記入ください。

No.	氏 名	楽 器 名	No.	氏 名	楽 器 名
1	フリガナ		11	フリガナ	
2	フリガナ		12	フリガナ	
3	フリガナ		13	フリガナ	
4	フリガナ		14	フリガナ	
5	フリガナ		15	フリガナ	
6	フリガナ		16	フリガナ	
7	フリガナ		17	フリガナ	
8	フリガナ		18	フリガナ	
9	フリガナ		19	フリガナ	
10	フリガナ		20	フリガナ	

※ 用紙が足りない場合は、お手数ですがコピーしてお申込ください。

参加費	2000円	×	名 =
参加費（未加盟団体）	2500円	×	名 =
ビデオ撮影	3000円	×	名 =
			=

平成29年 月 日 申込責任者