

※Fax送信票(鑑)は不要ですので本申込書のみ送信してください

埼玉県バンドクリニック2018 受講申込書

下記の通り申し込みます。

平成30年 月 日

申込者名 (指導者名)	※団体の場合は申込者が 連絡責任者となります	
学校名		
住所又は所在地 (受講券送付先)	〒 -	
連絡先電話番号	()	(携帯 ・ 学校)
受講受付FAX 返信先	()	(自宅 ・ 学校)
メールアドレス	※FAXが無い場合の返信先になります(申込みが学校の場合は記入不要)	
講座②受講希望 (指導者のみ)	希望する () 名 ・ 希望しない	
指導者	1,500円 × () 名 = 合計	円
高校生以下	500円 × () 名 = 合計	円

受付番号 No.

ここには何も書かないでください。
受講受付後に受講料振込先等のお知らせをFAXで返信します。