

※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2019 受講申込書

下記の通り申し込みます。

平成31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	1,000円 × ( ) 名 = 合計	円
高校生以下	1,000円 × ( ) 名 = 合計	円

\* 講座②の申し込みは準備の都合でお尋ねするものです。現時点での希望で構いません。当日の選択も可能です。

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。