

第6回高知県中部地区吹奏楽講習会・参加申込書

Faxもしくはメールにて申し込みください。

以下の通り申し込みいたします。				
令和 年 月 日				
高知県吹奏楽連盟理事長 岡松 治彦 様				
ふりがな		ふりがな		
代表者(顧問) 氏名		団体名		
参加される講習に○をつけてください。				
参加者 氏名 (指導者)	氏 名	講習1	講習2	講習3
聴講生徒数	【講習1】()人 【講習2】聴講()人			
懇親会 (23日)	※どちらかを○で囲んでください。 参加する ・ 参加しない			
昼食 (24日)	※どちらかを○で囲んでください。 申し込む ・ 申し込まない			
代表者 連絡先	※どちらかを○で囲んでください。(勤務先・自宅) 住 所 〒(-) 電話番号(- -) FAX 番号(- -) メールアドレス()			
ご意見 ご要望	※ 日頃の吹奏楽指導・運営法での悩み、講師の緒形先生への質問、講習会についてのご要望等、お気軽にお書きください。			

