

学校訪問 サウンドクリニック

受講 申込書

学校名	クラブ名
-----	------

<受講希望日> ※9/1 (火) 以降の日程で、お申込下さい

希望日時(候補日を3つ)をご記入下さい

※時間の希望について・・・希望の時間帯を「〇時～〇時まで」「〇時以降希望」などをご記入下さい

受講希望日	第1希望日	希望時間
	月 日 ()	時 分
	第2希望日	希望時間
	月 日 ()	時 分
	第3希望日	希望時間
	月 日 ()	時 分
受講希望回数	回	備考

レッスンへの要望など	クリニック希望曲
------------	----------

クリニック 当日の連絡先	お名前 :	TEL :
	クリニック当日に連絡がつく電話番号をご記入ください。気象警報等による急な連絡をお伝えしたり、確認のお電話をさせていただく場合があります。 ※ 本クリニックに関連した連絡以外には使用致しません	

<資料送付につきまして>

クリニック曲の「スコア」を訪問希望日の2週間前までに到着するよう郵送にてご送付下さい

※ お預かりした資料はクリニック当日、ご返却致します

■ 郵送先 ■	〒530-0002 大阪市北区曽根崎新地2-3-13 若杉大阪駅前ビル1501 miki music mirai株式会社宛
---------	--

本校は 学校訪問クリニックへの参加を申し込みます。

顧問署名・押印 :

印

FAX送信先 : 06-6225-8741 (miki music mirai株式会社)