

オンライン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

- ① 【1パック】2往復のレッスンとなります
- ② 1回目の希望日時(候補日を3つ)をご記入下さい
- ③ 演奏動画ご送付日から1週間後程度の日時でお願い致します
- ④ 2回目のご希望日が、すでにお決まりでしたら、備考欄にお書き添え下さい

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
備考 :		

<受講連絡用 E-mailアドレス>

- ① クリニックはテレビ・WEB会議アプリケーション「ZOOM」を使用します
- ② 受講方法や注意点等、別紙の詳細を必ずご確認の上お申込み下さい
- ③ 連絡メールが受信できるようにドメイン指定受信で「miki.co.jp」を許可して下さい (sneaker@miki.co.jpから送信します)
- ④ 受講人数に制限はございません (例1 : 1台のPCで複数名受講する / 例2 : 複数名がそれぞれのPCやスマートフォンで受講する)

受講用 IDとパスワード ご連絡先 E-mailアドレス	【受講する代表者のアドレス】	
		@
	複数名がそれぞれのPCやスマートフォンで受講の場合、代表者より他の受講者へIDとパスワードのお伝えをお願いします 個別でも受信を希望される場合は、下記へ追加してください	
		@
※楷書でハッキリと お書き下さい		@
		@
受講する人数 ※予定で構いません	人	
当日の代表者 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。当日、ZOOMがうまく繋がらない等トラブルがあった際 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		

本校は オンラインサウンド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)