

第3回 保科 洋 指揮者法クリニック 受講生・聴講生 【FAX専用お申込み用紙】

ご注文日 (FAX送信日)

年 月 日 送信

※太枠欄に必要事項をご記入ください。

お申込者	フリガナ	年齢	生年月日	性別
	氏名			
	住所 〒			
	TEL	FAX		
	E-mailアドレス			
希望枠	*ご希望の項目を○で囲んでください。 受講生(初級・中級・上級)・プレイヤー聴講(楽器名)・一般聴講			
宿泊・懇親会について	*ご希望の項目を○で囲んでください。 *宿泊&懇親会に関しては、10日前よりキャンセル料がかかります。 宿泊(シングル)&懇親会・宿泊(ツイン)&懇親会(同部屋の方のお名前)・懇親会のみ参加・どちらも希望しない 禁煙・喫煙 *ご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。			
ホールまでの移動について	*ご予約はご自身でしていただきますようお願いいたします。 ハイウェイバス(乗車地区 <input type="checkbox"/> 大阪 <input type="checkbox"/> 神戸 <input type="checkbox"/> 京都 <input type="checkbox"/> 津山 <input type="checkbox"/> その他)・自家用車			
ホールから宿泊先までの移動について	*ご希望の項目を○で囲んでください。 *2日目の朝は、8:00出発予定。 無料送迎バス・自家用車 1便 20:45・2便 21:45	2日目の昼食について	2日目の昼食はお弁当をご用意しておりますが、アレルギー等の理由でキャンセルの場合は、備考欄にお書きください。当日パルス東京の受付にて返金致します。(お弁当代1,000円)	
備考				
お願い	お申込み内容に変更がある場合は、必ずご連絡をお願い致します。			
音楽歴	*音楽系の大学を卒業されている方は、学校名をご記入ください。また、部活や一般の楽団で活動されている場合は、その楽団名などをご記入ください。 例**高等学校(クラリネット担当)**オーケストラ(バイオリン担当)など			
指揮歴	*現在、指揮をしている楽団があれば、楽団名と経験年数をご記入ください。			
自己PR (受講者ご希望の方のみ)	*受講を希望される理由や熱意、何を学びたいかということをご記入ください。			
映像記録許諾	*今回の指揮法クリニックは株式会社パルス東京による記録撮影が入り、後日DVD等販売物およびYou Tube等インターネット上の配信で使用されることがあります。プレイヤー参加の方と受講生参加の方は必ず「許諾する」を選んでください。 <input type="checkbox"/> 許諾する <input type="checkbox"/> 許諾しない			

お申し込み受付 FAX 番号 : 03-3717-6999

銀行振込 : 三菱東京UFJ銀行 都立大学駅前支店 普通 0171291 保科指揮法クリニック 事務局内迫実知子

株式会社 パルス東京 <http://www.pals-tokyo.co.jp> E-mail: info3@pals-tokyo.co.jp
〒152-0022 東京都目黒区柿の木坂 1-17-1 永大ビル3F TEL.03-3717-5999