

「長町からJAZZに触れる・クリニック&コンサート2024」クリニック参加申込書

ふりがな		
氏名		
住所	〒	
電話番号		
保護者の方	氏名	
	続柄	
メールアドレス (保護者の方)	アットマーク	
	@	
学校名・学年 (令和6年4月現在)	小学校	年
	中学校	年
希望パート (○をつけてください)	<b>サクソフォン・トランペット・トロンボーン</b>	
楽器の経験について 教えてください。	経験年数	年
備考		

※申込書に記入いただいた個人情報は、「長町からJAZZに触れる・クリニック&コンサート2024」クリニック参加募集を目的とした業務にのみ使用いたします。