

SAITAMAコーラスワークショップ2019受講申込書

【クリニック受講合唱団用】

申込日：2019年 月 日

合唱団名				埼玉県合唱連盟に 加盟 ・ 非加盟
代表者の 住所または 学校 所在地	〒 代表者氏名 電話番号			
連絡先 電話番号	代表者と違う場合は氏名も記入してください 携帯番号			
受講曲目  ○を つける	①小学生	全日本合唱コンクール課題曲 E1・E2・E3・E4・E5・E6		Nコン課題曲
	②中学生	Nコン課題曲 女声		Nコン課題曲 混声
	③高校・一般	[混声] G1・G2・G3・G4	[男声] M1・M2・M3・M4	[女声] F1・F2・F3・F4
合唱団員数	名	指揮者氏名		
伴奏者（○で囲む）生徒 or ピアニスト	氏名	無		
(学校の場合) 引率者氏名				
(指揮者・伴奏者・引率者の方は受講料は不要です。当日名札を装着していただきます。)				
参加料 (計算式)				
参加料 (合計)	円			
ご来場方法 (○で囲む)	貸切バス (サイズ)	台	電車	路線バス ・ 各自
	(要申し込み)			
クリニック受講出来なかった場合	聴講チケット購入希望	有	無	
備考				

※返金出来ませんので、確実に参加出来る人数でお申し込みください。

受講者が増えた場合には当日受付いたします。