

大阪音楽大学 JAZZ出張演奏&クリニック 申込書

大阪音楽大学入試センター宛 FAX:06-6336-4428

※実施日時、教員などご希望に添えない場合があることを予めご了承ください。

● 希望教員名

いずれかにチェック を入れてください。

希望あり(右記にご記入ください)

希望なし(本学よりご提案いたします)

第一希望: _____

第二希望: _____

第三希望: _____

● ご希望の日時

「平日の16:00以降」、「●月●日～●日の間で18:00～」など、なるべく広く、複数をご記入ください。

実施時間 分間

※希望日の1ヶ月前までに申込みをお願いいたします。

● 受講対象者・人数

年生	名	受講生の詳細
		例) 音楽コース生、吹奏楽部員など

● 出張演奏&クリニックを実施する理由、目的などを具体的にご記入ください。

● クリニック・レッスンの曲目をご記入ください。

未定の場合は、後日お知らせください。 ※楽譜の送付をお願いする場合があります。

● その他、連絡事項など

● ご連絡先

学校名			
(フリガナ) ご担当者名		現在のお立場	例) 音楽科長、吹奏楽部顧問など
住所	〒 -		
電話番号		FAX番号	
E-mail		駐車場	いずれかに○ 有 無

お申込みありがとうございます。担当者より、改めてご連絡いたします。

