

アントリアス・シャブラス教授 中学生・高校生のためのクラリネット特別公開レッスン
受講申込書

氏名(漢字)	
氏名(ローマ字)	
生年月日	西暦 年 月 日
ご住所	〒
自宅電話番号	Tel:
Fax番号	Fax:
メールアドレス	Email:
保護者氏名と携帯電話番号	氏名: Tel:
受講希望曲(原語で記入)	作曲者: 曲名: ※伴奏が必要な場合は伴奏者をご同伴ください。 伴奏者:
演奏時間	演奏時間: 分
在校名と学年	在校名: 学年:
音楽プロフィール (これまでに師事した先生、 受賞歴、演奏歴等)	