

須川展也 デビュー 40 周年記念 サクソフォン・リサイタル
プレコンサート 参加申込書

ふりがな		年齢	
お名前			歳
ご住所	〒		
楽譜郵送先 ※上記の住所と異なる場合	〒		

〈文京区内在勤・在学の場合〉
勤務先または学校名 および 所在地

電話番号	自宅	携帯
メールアドレス	結果通知はメールにてお送りしますので、 <@b-academy.jp> からの E メールを受信できるように設定をお願いします。 @	

※平日昼間の連絡先に マークをつけてください ⇒ 自宅 携帯 メールアドレス

希望楽器

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ソプラノサクソフォン | <input type="checkbox"/> アルトサクソフォン |
| <input type="checkbox"/> テナーサクソフォン | <input type="checkbox"/> バリトンサクソフォン |

演奏年数 ※演奏年数が抽選結果に関わることはありません。

年 か月

■ 参加者が未成年(18歳未満)の場合

保護者同意欄 (参加者名) _____ が「須川展也プレコンサート」に参加することを承諾します。
また、公益財団法人文京アカデミーが必要と判断した場合には、保護者への連絡や問い合わせ等があることを承諾します。
(保護者名) _____ (保護者連絡先) _____ 印

■ 参加者が中学生の場合 ※中学生は必ず保護者同伴のうえご参加ください。
※同伴は参加者1名につきおひとりまで。

同伴者 ふりがな
お名前