クリニック参加ご希望の方はこの申込書をダウンロードし、太枠内をご記入の上、下記申込書送信先に添付してお送りください。

**2022年度 Drum Corps Japanクリニック 参加申込書**

日 時：2023年3月5日（日）13:30 ～ 17:00（予定）

場 所：ZOOM を用いたオンライン開催（お申込み受付完了後，クリニック数日前にリンクをお知らせいたします。）

参加費用：一般 2,000 円、高校生以下 1,000 円

申し込み締め切り：2023年3月3日（金）

申込書送信先：DCJ審査委員会 鰐部幹男 宛（waniwani011868@gmail.com）

**申込者情報：**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏 名 |  |
| メールアドレス |  |
| 緊急連絡先（携帯番号等） |  |
| 所属団体名 |  |

記入いただいたすべての情報は，本研修会以外の使途に利用いたしません。

**振込情報：**

|  |  |
| --- | --- |
| 参加費用振込予定日 | 2023年　　月　　日 |
| お振込金額 | 一般（　　）名 + 高校生以下（ ）名 = 合計　　　　　円 |

参加費用振込口座：横浜銀行 金沢支店 普通口座 １３６０９５５ ディーシージェイ

**参加者情報：**

* 複数名でお申し込みの場合は，下記に参加希望者のお名前・メールアドレスを追記してください。
* 高校生以下の方は，一番右の欄にマルを記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 氏 名 | | 上記申込者と同じ場合は記載不要です。申込者と別の方が参加される場合は、 | | 高校生以下  ○/× |
| メールアドレス | | 削除して情報を記入してください。 | |
| 2 | 氏 名 | |  | | 高校生以下  ○/× |
| メールアドレス | |  | |
| 3 | 氏 名 | |  | | 高校生以下  ○/× |
| メールアドレス | |  | |
| 4 | | 氏 名 | |  | 高校生以下  ○/× |
| メールアドレス | |  |
| 5 | | 氏 名 | |  | 高校生以下  ○/× |
| メールアドレス | |  |
| 6 | | 氏 名 | |  | 高校生以下  ○/× |
| メールアドレス | |  |
| 7 | | 氏 名 | |  | 高校生以下  ○/× |
| メールアドレス | |  |
| 8 | | 氏 名 | |  | 高校生以下  ○/× |
| メールアドレス | |  |
| 9 | | 氏 名 | |  | 高校生以下  ○/× |
| メールアドレス | |  |
| 10 | | 氏 名 | |  | 高校生以下  ○/× |
| メールアドレス | |  |
| 11 | | 氏 名 | |  | 高校生以下  ○/× |
| メールアドレス | |  |
| 12 | | 氏 名 | |  | 高校生以下  ○/× |
| メールアドレス | |  |
| 13 | | 氏 名 | |  | 高校生以下  ○/× |
| メールアドレス | |  |
| 14 | | 氏 名 | |  | 高校生以下  ○/× |
| メールアドレス | |  |
| 15 | | 氏 名 | |  | 高校生以下  ○/× |
| メールアドレス | |  |

記入欄が不足する場合は，上記をコピー&ペーストし追加して記入をお願いします。