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。

**2023年度 Drum Corps Japanクリニック 参加申込書**

日 時：2023年11月18日（土）13:30 ～ 17:00（予定）

場 所：横浜市中区内　会議室（最寄駅 : JR関内駅）

（お申込み受付完了後に場所をお知らせいたします。ZOOMでの配信は予定しておりません。）

参加費用： 1名様　2,000 円

申し込み締め切り：2023年11月15日（木）

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

**申込者（代表者）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，本クリニック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 | 人数（ ）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（代表者以外）：**

* 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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 氏 名（ふりがな） | |  |
| メールアドレス | |  |
| 2 | 氏 名（ふりがな） | |  |
| メールアドレス | |  |
| 3 | 氏 名（ふりがな） | |  |
| メールアドレス | |  |
| 4 | | 氏 名（ふりがな） |  |
| メールアドレス |  |

6名以上のお申し込みで記入欄が不足する場合は，参加者情報欄をコピー&ペーストし追加して記入をお願いします。