

# 東関東吹連用・宿泊申込書

※個人情報保護の観点から、FAXでご送付いただく際は番号の押し間違いにご注意いただき、送信前に押下番号の再確認をお願い致します。

ヤマハ特約楽器店またはヤマハミュージックリテイリング各店より下記へお申込みください。

▶お申込み先FAX番号：050-3730-4343 (株) JTBビジネスネットワーク

## 第51回日本吹奏楽指導者クリニック 参加申込書

参加ガイドをお読みの上、所定事項および該当する□欄に✓印のご記入をお願い致します。参加者個人からの直接FAXはお受けできません。必ず楽器店からの申込みをお願い致します。受講料を添えて最寄りのヤマハ特約楽器店またはヤマハミュージックリテイリング各店へお申込みください。受講料領収印のない申込書は受理できません。

フリガナ	性別	年齢	ご職業・ご所属	本クリニックはどなたに紹介いただきましたか？
参加代表者氏名	男・女		<input type="checkbox"/> 学校教職員 <input type="checkbox"/> 吹奏楽・楽器指導者 <input type="checkbox"/> 楽器店 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 特約店 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )

▼確認書および当日使用する名札をお送りしますので、①②は記入漏れのないようにご確認ください。

※4月中旬から順次発送致します。【ご注意】4月18日以降お申し込みされた方については、名札は日本吹奏楽指導者クリニック当日に参加者受付にてお渡し致します。

① 自宅	〒 -	確認書送付先	請求書送付先
自宅電話 ( ) - 携帯電話 ( )	メールアドレス ( )	<input type="checkbox"/> ①ご自宅 <input type="checkbox"/> ②学校・楽器店・所属バンド	<input type="checkbox"/> ①ご自宅 <input type="checkbox"/> ②学校・楽器店・所属バンド
② 学校名・楽器店所属バンド	所在地 〒 -	<b>記入不要</b>	
名称	電話 ( ) -	※上記ご指定の宛先にお送りいたします。	

【お問い合わせ先】  
**JTBビジネスネットワーク**  
**中部MICEセンター**  
**TEL:052-446-5099**  
 【受付時間】  
 平日 月～金  
 10:00～17:00  
 (土・日・祝日は休業)

■受講料 ※本クリニック開催中止以外でのキャンセルおよび払い戻しはできませんので、十分ご注意ください。

- 一般 **31,000円 (税込)** [学生の参加について]・定員100名 (先着順)
- 学生 **19,000円 (税込)** ・参加申込書と一緒に、担当教官または吹奏楽顧問教官 (責任者) 捺印済の学生証コピーを必ずご提出ください。提出がない場合はお申込みを受理できません。
- 「50周年記念誌」セット **35,000円 (税込)** 《特約店の方へ》参加申込書と学生証コピーを同時にFAXください。両方の書類が揃った申込分から先着順に受付します。

■【先着順・定員80名】5月15日 (金) ヤマハ管楽器工場見学ツアー ※事前申込制

- 参加希望 ・参加費1,000円 (税込) を当日乗車時、添乗員にお支払いください。集合場所は当日ご案内します。バスは定刻で出発するため遅れないように留意ください。

■日本吹奏楽指導者クリニック参加回数

- 初参加  回目

<特約店ご記入欄> 下記太枠内を全てご記入ください。

取扱店名 (店舗印可)	▶特約店コード※必ずご記入ください
<input type="checkbox"/> 学生	学生証コピー <input type="checkbox"/> あり ※ない場合受付不可
<input type="checkbox"/> 受講料	
ご担当者印	

<参加受付事務局記入欄>

受付NO.
受付日
入金処理
申込受理
参加証NO.

## 第51回日本吹奏楽指導者クリニック 宿泊申込書 (※1室につき1枚ご提出ください)

宿泊申込 (申込希望の方は以下空欄に必要事項をご記入ください)  宿泊申込しません

▼ご宿泊する代表者氏名をご記入ください。 ▼同室者がいる場合は人数分のお名前・フリガナをご記入ください。

ご宿泊代表者氏名 (カナ)	同室者名 (カナ)	(カナ)
	<input type="checkbox"/> ツイン	
	<input type="checkbox"/> トリプル	

お申込みされる方は必ずホテルの第1～3希望・宿泊希望日・宿泊プランの記号をご記入ください。(※紙面裏にホテル地図あり)

受付後、上部【参加申込書】にてご指定いただいた送付先 (①または②) に、確認書の郵送をもってご回答いたします。(FAXでの返信はございません)

ご希望	宿泊プラン番号 (宿泊のご案内裏面をご参照ください。)			
	5/14(木) ※前夜	5/15(金) ※会期1日日夜	5/16(土) ※会期2日日夜	5/17(日) ※会期3日日夜
(例) オークラクトシティホテル・シングル利用で5/14.15.16宿泊希望の場合	A - 1	A - 1	A - 1	×
(例) グランドホテル・ツイン利用で5/15.16宿泊希望の場合	×	G - 2	G - 2	×
第1希望	-	-	-	-
第2希望	-	-	-	-
第3希望	-	-	-	-

※満室になり次第締切とさせていただきます (締切後も空きがある場合は受付します)

申込締切日：  
**2020年4月30日 (木)**  
 午前11:00必着

ご希望がある場合はいずれかに○をお付け下さい	禁煙希望 ・ 喫煙希望 ・ どちらでも可 ※ご希望に沿えない場合もございますので、予めご了承下さい。	<b>宿泊領収証</b>	<b>要・不要</b>	領収証宛名	(宛名をごちらにご記入ください。)
ホテルまでのアクセスいずれかに○をお付け下さい	公共交通機関 ・ 車 ※駐車場はお客様自身での手配となります。ご了承下さい。				

【相互通信欄】 ※ご宿泊に関して不明な点、追記事項等ございましたらこちらにご記入下さい。

東関東吹奏楽連盟にて参加【申込済 / 申込予定】 学校・所属バンド名： ( ) 県  
 をお付けください