

# 豊橋青少年音の輪事業「スプリングクリニック」参加申込書

申込期間 令和7年12月15日（月）～令和8年1月13日（火）必着

フリガナ				学校名	（ 年生）
氏名					
住所	〒				
連絡先	電話番号 メールアドレス				
希望編成 ※いずれか1つに○	Aオケ（初級者向け） <豊橋市歌&ディズニーメドレー>			Bオケ（中級者向け） <ジブリメドレー>	
	※申込状況集計のため参考として希望をお伺いします。申込状況により希望のとおりの編成とならないことがありますのでご了承ください。				
希望パート ※希望の楽器とパートに○	フルート ( 1・2・3 ) 番		サックス<バリトン>		第1ヴァイオリン
	オーボエ ( 1・2 ) 番		ホルン ( 1・2・3・4 ) 番		第2ヴァイオリン
	クラリネット ( 1・2・3 ) 番		トランペット ( 1・2・3 ) 番		ヴィオラ
	バスクラリネット		トロンボーン ( 1・2・3 ) 番		チェロ
	ファゴット ( 1・2 ) 番		ユーフォニアム		コントラバス
	サックス<アルト> ( 1・2 ) 番		テューバ		パーカッション
	サックス<テナー>				※パーカッションを希望する方は備考欄に、普段演奏している打楽器を記入してください。
	送迎バス利用希望	各自来場を基本としますが、交通手段がない場合は、送迎バス（定員55名）を運行しますので、希望する欄（行き/帰り）に○をつけてください。			
3/26(木)	行き	帰り	穂の国とよはし芸術劇場 行き ↓ ↑ 帰り ライフポートとよはし		
3/27(金)	行き	帰り			
3/28(土)	行き	帰り			
フリガナ				緊急連絡先	
保護者氏名					
同意確認	※申し込みの際は以下の内容について同意のうえ、左の四角内にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 申し込み・参加にあたり保護者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> クリニックで撮影した写真・動画が、事務局によってSNSでの発信や活動報告としてホームページ、各種印刷物等に掲載されることについて同意します。				
備考	※配慮が必要なこと等があればご記入ください。				