

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6年12月16日(月) ～ 令和7年1月14日(火) 必着

フリガナ				学 校 名		
氏名					(年 生)	
住所	〒					
連絡先	電話番号					
	メールアドレス					
希望編成 <small>※いずれか1つに○</small>	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＞		
	<small>※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編成とならないことがありますのでご了承ください。</small>					
希望パート <small>※希望の楽器とパートに○</small>		フルート (1 ・ 2 ・ 3) 番		サククス<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
		サククス<アルト> (1 ・ 2) 番		チューバ		パーカッション
		サククス<テナー>				<small>※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。</small>
送迎バス 利用希望	<small>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。</small>					
	3/27(木)	行き	帰り	穂の国とよはし芸術劇場 <input type="checkbox"/> 行き ↓ ↑ 帰り <input type="checkbox"/> ライフポートとよはし		
	3/28(金)	行き	帰り			
	3/29(土)	行き	帰り			
フリガナ				緊急 連絡先		
保護者氏名						
保護者同意	スプリングクリニックへの参加にあたり保護者の同意を得ています。					<input type="checkbox"/>
	<small>※申し込みの際は、保護者の同意を得たうえで、右の四角内にチェックをつけてください。</small>					
備考	<small>※配慮が必要なこと等があればご記入ください。</small>					

申込方法

下記のいずれかの方法でお申し込みください。

なお、応募者が参加定員を超過した場合及び各パートで応募者が多数いる場合は、抽選により参加者を決定します。抽選は令和7年1月28日（火）10時から豊橋市役所東122会議室で実施します。

あいち電子申請・届出システム (要メールアドレス)	<URL> https://www.shinsei.e-aichi.jp/city-toyohashi-aichi-offer/offerList_detail?tempSeq=110217	
メール	otonowa@city.toyohashi.lg.jp	
持参/郵送	〒440-8501 豊橋市今橋町1番地（豊橋市役所西館3階「文化のまち」づくり課） 豊橋青少年音の輪事業実行委員会事務局	

※個人情報、豊橋青少年音の輪事業実行委員会において適正に管理し、本事業に必要な業務のみに使用します。

→ 参加申込書記入例 →

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6年12月16日（月）～ 令和7年1月14日（火） 必着				
フリガナ	トヨハシ ハナコ		学校名	〇〇中学校 (1年生)
氏名	豊橋 花子			
住所	〒440-8501 豊橋市今橋町1番地 メゾン音の輪 101号室			
連絡先	電話番号	0532-11-1111		
	メールアドレス	otonowa@city.toyohashi.lg.jp		
希望編成 ※いずれか1つに〇	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〇	フルート (1・2・3)番		サクソ (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	〇	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
	サクソ (アルト) (1・2)番		チューバ	パーカッション
	サクソ (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	各自來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、希望する項目（行き/帰り）に〇をつけてください。		穂の国とよはし芸術劇場 行き ↓ ↑ 帰り ライブポートとよはし	
	3/27(木)	〇 行き	帰り	
	3/28(金)	〇 行き	〇 帰り	
	3/29(土)	〇 行き	帰り	
フリガナ	トヨハシ タロウ		緊急 連絡先	0532-22-2222
保護者氏名	豊橋 太郎			
保護者同意	スプリングクリニックへの参加にあたり保護者の同意を得ています。 ※申し込みの際は、保護者の同意を得たうえで、右の四角内にチェックをつけてください。			<input checked="" type="checkbox"/>
備考	※配慮が必要なこと等があればご記入ください。			