

楷書ではっきりと、お間違いのないようご記入ください。（コピー可）

※予選演奏順番は抽選の上決定し、コンクール10日前までにお知らせいたします。

参加地区	<input type="checkbox"/> 福岡地区	<input type="checkbox"/> 熊本地区
------	-------------------------------	-------------------------------

ふりがな		性 別	保護者氏名 ※未成年の方のみご記入ください。
氏 名			
住 所	<p>〒 電話番号 ( ) —</p>		
学 校 園 名	( 学年) ※予選開催での学年を記入して下さい。	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日

ふりがな		電話番号	( ) —
担当指導者名			
連絡先	<p>〒 以前参加しており、今回住所変更がある場合はチェックを入れる<input type="checkbox"/></p>		

【申込み受付期間】 音の美術館コース 2026年6月2日(火)～7月15日(水)迄 当日消印有効