

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 | 〒 電話番号（ ） — | | | | |
| 学校名 | （ 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 | 〒 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"/> | | | |

【申込み受付期間】 音の美術館コース 2025年6月2日(月)～7月14日(月)迄 当日消印有効