

ミスダンスドリルチーム 1Dayサマークリニック2013in名古屋

開催日:平成25年8月21日(水)

参加申込書

(用紙が不足した場合はコピーして下さい)

学校名/団体名

部活名

所在地 〒 —

TEL:

FAX:

顧問名

携帯電話:

受講者氏名

No.	氏名	学年	No.	氏名	学年
1		年	11		年
2		年	12		年
3		年	13		年
4		年	14		年
5		年	15		年
6		年	16		年
7		年	17		年
8		年	18		年
9		年	19		年
10		年	20		年

参加費 高校生以下 ¥3,000

参加費 _____ 円 × _____ 人 = _____ 円

参加費について

- * 申込み後3日以内に、下記銀行口座にお振込み下さい。入金確認を正式申込みとします。
- * 振込みをされる方は、申込みした学校名(学外チームは団体名)で振込んで下さい。
(個人名で振り込まれますと、学校名・団体名が確認できませんので、気をつけて下さい。)
- * お振込み頂いた参加費は返還致しません。

お振込先

三井住友銀行 麴町支店 普通預金 口座1672800
口座名義 ミスダンスドリルチーム

FAX送信先 03-3556-6139
NPO法人ミスダンスドリルチーム・インターナショナル・ジャパン

申込み締切日:平成25年8月2日(金)