

2013年12月吉日

各 吹 奏 楽 部
代 表 者 様

西阪神吹奏楽連盟
理事長 渡辺秀之

第45回 日本吹奏楽指導者クリニック受講料補助のご案内

師走の候、皆様いかがお過ごしでしょうか。

上記の件についてご連絡いたします。来年度の浜松で開催される日本吹奏楽指導者クリニック（通称：バンドクリニック）への参加受講料補助の申請者を募集します。下記の要領で募集いたしますので、ふるってご参加下さい。

○研修会名：第45回 日本吹奏楽指導者クリニック

（すべての吹奏楽指導者を対象とした日本最大の総合クリニック）

○日 時：2014年 5月16日（金）～18日（日）

○場 所：アクトシティー浜松

○補 助 金：お1人20,000円・10名

○対 象 者：①各校の吹奏楽部顧問であること

②指導経験の短い方

③バンドクリニックへの参加回数の少ない方

上記を参考に選ばせてもらいます。

（申請者には、浜松で事務局に必ずご連絡下さい）

○申込方法：下記の申請書に必要事項を記入いただき甲陵中学校まで郵送でお申し込み下さい。Fax用紙には1人1枚でお願いします。1校に複数おられる場合はコピーをして下さい。

○申込期日：随時

○諸 注 意：バンドクリニックへの参加申込みは楽器店を通して各自で行って下さい。詳細については、各楽器店にお問い合わせ下さい。尚、バンドクリニックキャンセルについては開催1週間前まで可能です。

年 月 日

日本吹奏楽指導者クリニック受講料補助申請書

私は、2014年5月16日（金）～5月18日（日）にアクトシティー浜松で開催される、日本吹奏楽指導者クリニックに参加するので受講料補助を申請いたします。

● 学校名 () 学校

Fax 番号 — 番号 —

① 申請者氏名

()

② 吹奏楽指導経験年数 () 年

③ バンドクリニック参加回数 () 回

④ 参加の目的

私は、() の
研修をいたします。

上記について、出張専免等の校務としての参加する場合は、学校長に申請することを報告いたしました。

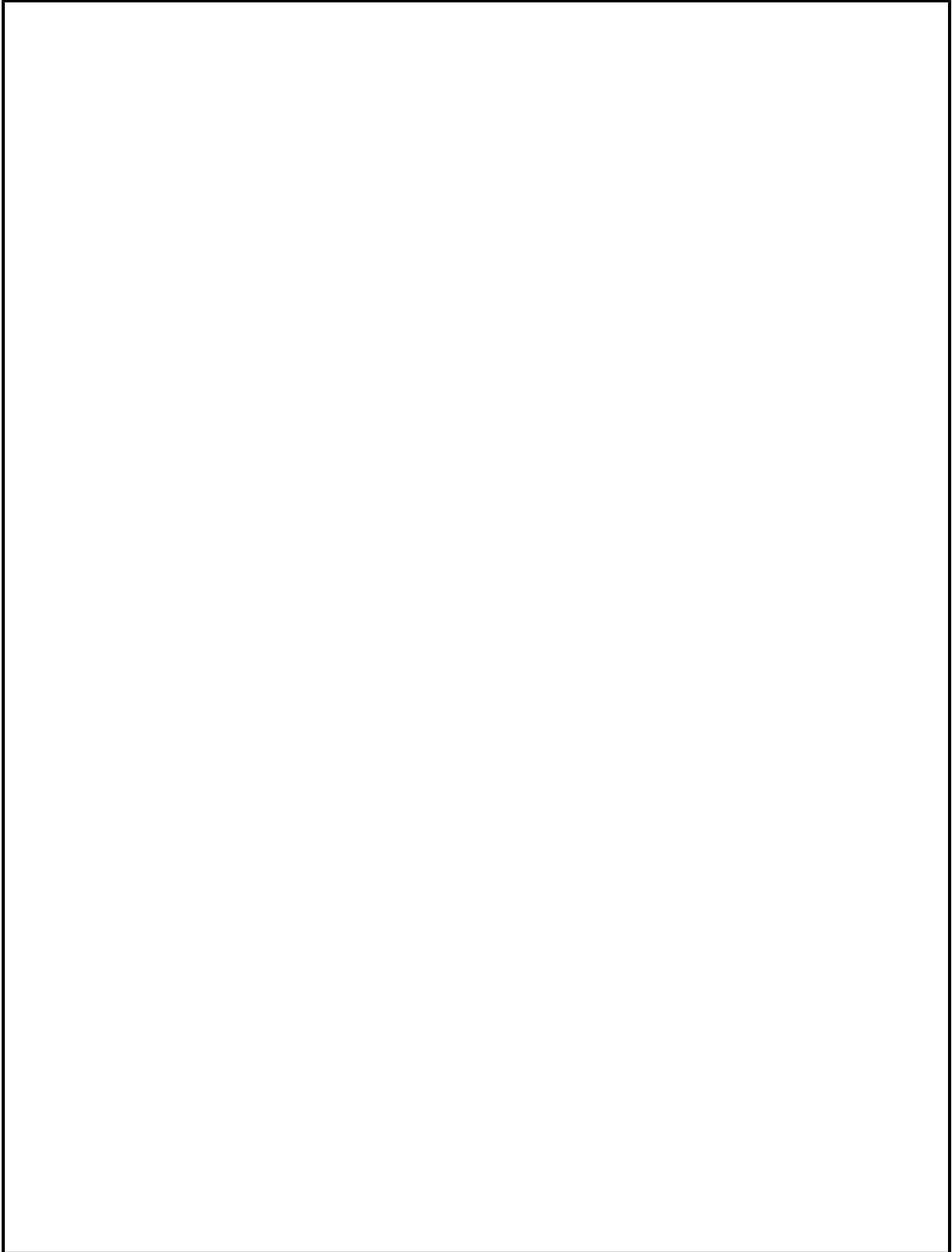
以上のことを申請いたします。

申請者氏名

印

年 月 日

日本吹奏楽指導者クリニック研修報告書



裏面に受講料の領収書の写しを添付して、総会時にご提出下さい。