２０１８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５０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。

〇研修会名：第５０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）

〇主 催 者：日本バンドクリニック委員会

〇共　　催：公益財団法人浜松市文化振興財団　全日本小学校管楽器教育研究会
株式会社ヤマハミュージックジャパン

〇講　　演：文部科学省　浜松市　都道府県・市教育委員会

〇日　　時：２０１９年　５月１７日（金）～１９日（日）

〇場　　所：アクトシティー浜松

〇補 助 金：お１人 20,000 円・１０名

〇対 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）

〇申込方法：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。

〇申込期日：随時

〇諸 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、２０１９年5月１７日（金）～5月１９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　　　　　－　　　　　－

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

研修をしたします。

上記について、出張専免等の校務として参加する場合、西阪神吹奏楽連盟に補助申請を提出したことを学校長に報告いたしました。

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

西阪神吹奏楽連盟　理事長　様

所属団体＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

研修者　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

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。