

Ange music Salon ご入会申込書

TEL : 050-3577-1581

申込日

年

月

日

生徒名		
ご住所	〒 -	
幼稚園・保育園・学校名 / 学年	/	
生年月日	年 月 日	
TEL	- -	
ご希望曜日時間	レッスン 曜日・時間	
	振替曜日・時間	
コース	回数 ・ 定額	
レッスン内容	初級・中級・上級	楽器名（ピアノ、ヴァイオリン等）
事前質問（ご質問がございましたらご記入ください）		