

個人情報の取り扱いについて  
(1)株式会社日本旅行（以下「当社」といいます）及び下記「販売店」欄記載の受託旅行業者は（以下「販売店」といいます）ご提供いただいた個人情報について、①お客様との間の連絡のため、②旅行に関して運送・宿泊機関等のサービス手配、提供のため、③旅行に関する諸手続のため、④当社の旅行契約上の責任において事故時の費用等を担保する保険手続のため、⑤当社及び当社と提携する企業の商品やサービス、キャンペーン情報の提供、旅行に関する情報提供のため、に利用させていただきます。  
(2)上記②、③の目的を達成するため、お客様の氏名、住所、電話番号、搭乗便名等を輸送・宿泊機関、土産物店に提供する事があります。  
(3)当社及び当社グループ会社はお客様からご提供いただいた個人情報のうち、氏名、住所、電話番号、メールアドレス等の連絡先を、各社の営業案内、キャンペーン等のご案内のために、共同して利用させていただきます。  
なお当社グループ会社の名称は当社のホームページ（http://www.nta.co.jp/）をご参照下さい。

2024年度 第54回日本吹奏楽指導者クリニック 参加申込書

該当する欄に✓印のご記入をお願い致します。参加者個人からの直接FAXはお受けできません。必ず楽器店からのお申込みをお願い致します。（個人の方は公式HPよりお申込みください）  
受講料を添えて最寄りのヤマハ特約楽器店またはヤマハミュージックリテイリング各店へお申込みください。受講料領収印のない申込書は受理できません。

フリガナ		性別	年齢	ご職業・ご所属	本クリニックはどなたに申し込みたいですか？
参加代表者氏名		男・女		<input type="checkbox"/> 学校教職員 <input type="checkbox"/> 吹奏楽・楽器指導者 <input type="checkbox"/> 楽器店 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 特約店（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）

▼確認書および当日使用する名札をお送りしますので、①②は記入漏れのないようにご確認ください。お申込み確認後、取扱店へ受付完了FAX致します。  
※名札などは4月下旬頃発送致します。【ご注意】4月25日以降お申し込みされた方については、名札は日本吹奏楽指導者クリニック当日に参加者交付にてお渡し致します。

① ご自宅	〒 - 自宅電話（ ） - 携帯電話（ ） メールアドレス（ ）@	確認書・宿泊請求書 送付先 <input type="checkbox"/> ①ご自宅 <input type="checkbox"/> ②学校・楽器店・所属バンド ※上記ご指定の宛先にお送りいたします。	<input type="checkbox"/> 公式HPからのWeb申込なし
② 学校名・楽器店所属バンド	所在地 〒 - 名称 ※正式名称をご記入ください。 名札に記載されます。	電話（ ） -	

【お問い合わせ先】  
日本旅行グローバルソリューションズ  
TEL:052-232-6704  
【受付時間】  
平日 月～金 10:00～17:00  
(土・日・祝日は休業)

■日本吹奏楽指導者クリニック参加回数  
☐ 初参加 ☐ 回目

■ヤマハ管楽器工場見学ツアー

■受講料（税込）  
三日間通し券：☐ 一般 35,000円 ☐ 学生 21,000円  
土日券：☐ 一般 31,000円 ☐ 学生 19,000円  
【土日券について】  
・17日(金)、18日(土)の2日間でのご利用はできません。初日17日(金)開催の交流会にも参加いただけます。

【学生の参加について】・定員100名（先着順）  
参加申込書と一緒に、担当教官または吹奏楽顧問教官（責任者）捺印済の学生証コピーを必ずご提出ください。提出がない場合はお申込みを受理できません。  
【特約店の方へ】  
・参加申込書と学生証コピーを同時にFAXください。  
両方の書類が揃った申込分から先着順に受付します。

【先着順・定員30名】5月17日(金)  
☐ 参加希望 1,000円（税込）  
※集合場所・時間は最終案内書面にてご案内します。  
※バスは定刻で出発します。遅れないように留意ください。

※4月26日以降は、当FAX受付後の変更・キャンセルは、1回につき一般3,100円、学生1,900円の手数料がかかります。

＜特約店ご記入欄＞ 下記太枠内を全てご記入ください。  
取扱店名（店舗印可）  
▶特約店コード必ずご記入ください  
学生 ☐ 学生証コピー ☐ あり ☐ ない場合受付不可  
受講料  
FAX番号  
※お申込み確認後、受付完了FAX致します。 ご担当者印

＜参加受付事務局記入欄＞  
受付NO.  
受付日  
備考欄

2024年度 第54回日本吹奏楽指導者クリニック 宿泊申込書（※1室につき1枚ご提出ください）

☐ 宿泊申込（申込希望の方は以下空欄に必要事項をご記入ください）  
▼ご宿泊する代表者氏名をご記入ください。 ▼同室者がいる場合は人数分のお名前・フリガナをご記入ください。  
ご宿泊代表者氏名 (カナ)  
同室者名 (カナ)  
☐ ツイン ☐ トリプル

☐ 同行者申込済み  
・宿泊申込代表者氏名

お申込みされる方は必ずホテルの第1～3希望・宿泊希望日・宿泊プランの記号をご記入ください。（※別紙にホテル地図あり）

ご希望	宿泊プラン番号（宿泊のご案内裏面をご参照ください。）				※満室になり次第締切とさせていただきます ※宿泊申込締切日：2024年5月13日（月）午前12:00必着 ※締切後も空室がある場合は受付いたしますので、お電話にてお問合せください。
	5/16(木) ※前夜	5/17(金) ※会期1日目夜	5/18(土) ※会期2日目夜	5/19(日) ※会期最終日夜	
（例）オーケラアクティホテル・シングル利用で5/16.17.18宿泊希望の場合	A - 1	A - 1	A - 1	×	
（例）ホテルクラウンパレス浜松・ツイン利用で5/17.18宿泊希望の場合	×	B - 2	B - 2	×	
第1希望	-	-	-	-	
第2希望	-	-	-	-	
第3希望	-	-	-	-	
ご希望がある場合はいずれかに○を付け下さい	禁煙希望 ・ 喫煙希望 ・ どちらでも可 ※ご希望に沿えない場合もございますので、予めご了承下さい。			宿泊領収証 要・不要	領収証宛名 (宛名をごちにご記入ください。)
ホテルまでのアクセスいずれかに○を付け下さい	公共交通機関 ・ 車 ※駐車場はお客様自身での手配となります。ご了承下さい。				

【相互通信欄】 ※ご宿泊に関しご不明な点、追記事項等ございましたらこちらにご記入下さい。

神奈川県吹奏楽連盟にて参加【申込済／申込予定】 ●学校・所属バンド名 [ ]  
※○で囲んでください ( 支部 )