

お問い合わせシート（無料体験レッスン申込書）

※印の欄はできるだけご入力下さい。該当する□にチェック✓を入れて下さい。

※受付 月 日 () 時間 : AM/PM :	
※氏名 様	生年月日 年 月 日 ※ 歳
保護者 様	受講者鍵盤経験 □ある □ない 保護者鍵盤経験 □ある □ない
連絡先	
※電話 ()	携帯電話
住所 〒	
※Mail	
※体験レッスン/レッスン見学 希望日 第1希望 月 日 () AM/PM : 第2希望 月 日 () AM/PM : 第3希望 月 日 () AM/PM :	レッスン希望日 月 火 水 木 金 土 日 希望時間 AM/PM : ~ :
※ご希望コース □ピアノ □エレクトーン □リトミック □音楽療法 □声楽 □さろん	所有楽器 □ピアノ □エレクトーン □その他 ()
何で教室を知りましたか？ □WEB サイト □ご紹介 (紹介者 様) □看板 □その他	
ご質問等ありましたらご記入ください。	

* 上記お問い合わせシートに記載の個人情報は、申し込み・ご質問に対する回答として、当教室からのご連絡に利用させていただきます。第三者への開示はいたしません。

ドルフィン・ミュージックケアハウス FAX : 0574-62-1698