

John Arrias レコーディングセッション・セミナーお申込書

送り先FAX 042-766-9089

株式会社サウンドママ UNI音事業部

申込日 平成 年 月 日

参加 代表 者	ふりがな									年齢	性別	
	代表者氏名											
	電話番号	自宅										
		携帯										
	メールアドレス											
	住所	(〒 -)										
	参加人数	人										
	参加者名											
	参加者名											
	参加者名											
希望日 (どちらかに○をつけてください)	2014/7/27(日)						2014/7/28(月)					

※ご記入いただきました個人情報は、セミナー管理後厳重に破棄させていただきます。

※申し込みは先着順です。定員になり次第締め切らせていただくこともございますことをあらかじめご了承ください。