平成　　　年　　　月　　　日

問診票　　-　ボイストレーニング　-

～　該当するものを丸で囲み、必要に応じ記入してください　～

1. ジャンルは何ですか。

　ポップス　・　クラシック　・　演歌　・　合唱曲

その他（　 ）

1. 歌いたいと思っている曲名、アーティスト名（または作曲者名）は何ですか。
2. どのように歌いたいのですか。

大きな声で歌いたい　・　響く声を出したい　・　高い声を出したい

リズムに遅れず歌いたい　・　目立ちたい

その他（ ）

1. 歌っていて気になっていることは何ですか。

声が小さい　・　声がうすっぺらい　・　声が響かない　・高い声がでない

　　リズムに遅れる　・　のどが痛くなる　・　部分的に音がずれる

その他（ ）

1. ご希望などありましたらお書きください。
2. レッスン希望日時を、第2.第4金曜日14：20から、または第3土曜日15：00からお選びいただき、ご記入ください。

第一希望 月 日　　　曜日　　　時　　　分　から

第二希望 月 日　　　曜日　　　時　　　分　から

第三希望 月 日　　　曜日　　　時　　　分　から

1. お名前、ご連絡先を記入してください

氏名：

住所：

電話番号：

ご記入が終わりましたら、FAXまたは郵送にてお送りいただくか、直接受付にお渡しください。

FAX：　046-876-7545

郵送先：〒239-0835　横須賀市佐原3-3-6 TANIビルⅡ 3階　かくたに耳鼻咽喉科クリニック

必要に応じ、楽譜を用意していただくことがございます。

レッスン開催日はこちらからご連絡いたします。

