

公認クロスカントリースキー 検定員クリニック申込書

氏名の頭文字	※SAJ記入欄
(ひらがな)	

参加希望会場	第 () 会場 () スキー場
--------	-------------------

ふりがな			性別	年齢 (受検年度の4/1現在)
氏名			男・女	() 歳
生年月日	西暦 年 月 日	SAJ会員番号(7桁)		
加盟団体	スキー連盟	所属団体		
自宅住所 /電話	〒 TEL :			
連絡先	携帯電話番号 : ※あくまでも緊急連絡のために伺います。			

既得資格	資格名称	合格年月	合格会場
			西暦 年 月
		西暦 年 月	
		西暦 年 月	
		西暦 年 月	
		西暦 年 月	

宿泊予定	本部宿舎に (宿泊する ・ 宿泊しない) ○で囲む
------	-----------------------------

- 必要書類添付 参加年度のSAJ会員証(写)
 公認クロスカントリースキー検定員証または公認証(写)

※加盟団体記入欄	
加盟団体名・団体長名	印
願書審査担当者名	印

※所属団体記入欄	
所属団体名・団体長名	印

1. 参加者は、申込書3通にそれぞれ必要書類を添付し、参加料と共に、所属の加盟団体が定める期日までに、所属団体長を経て、所属加盟団体に提出してください。

2. 加盟団体は1通を控えとし、2通にそれぞれ必要書類を添付し、参加料と共に、期日までにSAJに提出してください。

【個人情報の取り扱いについて】

この個人情報は、公認クロスカントリースキー検定員クリニックの運営のみに使用されることに同意します。

※A4サイズに拡大コピーを取り、使用してください