

## スキー公認検定員クリニック申込書

千葉県スキー連盟 会長 様

平成 年 月 日

クラブ番号

クラブ名

申込責任者

T E L

No	SAJ会員番号 (7桁)	氏 名	フリガナ	性別	生年月日 (西暦)	検定員資格	有効期限	受講会場
1				男・女		A・B・C	年	千葉大学 インターネット
2				男・女		A・B・C	年	千葉大学 インターネット
3				男・女		A・B・C	年	千葉大学 インターネット
4				男・女		A・B・C	年	千葉大学 インターネット
5				男・女		A・B・C	年	千葉大学 インターネット
6				男・女		A・B・C	年	千葉大学 インターネット
7				男・女		A・B・C	年	千葉大学 インターネット
8				男・女		A・B・C	年	千葉大学 インターネット
9				男・女		A・B・C	年	千葉大学 インターネット
10				男・女		A・B・C	年	千葉大学 インターネット

受講会場に○！

1. 申し込みは、期日までに教育部関係送金明細書 I (301頁、コード:522-1)  
とともに県連事務局に提出してください。
2. 受講する会場を選択してください。インターネットによる受講を希望する場合は、  
別途スキー公認検定員クリニック(インターネット)申込書とともに提出してください。
3. 持参する必要書類:SAJ会員証
4. 他都道府県連盟所属の方の申し込みは、必ず所属連盟を通じて申し込みをしてください。  
個人での申し込みは、受付いたしません。