

スキー公認検定員クリニック(インターネット)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

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名			
生年月日	西暦 年 月 日生		
SAJ登録番号(7桁)			
自宅住所	〒		
携帯番号又は連絡が取れる電話番号			
メールアドレス			
検定資格	A E C	有効年度	

1. 申し込みは、教育部関係送金明細書 I (301頁、コード:522-2) とともに県連事務局に提出してください。
2. 申し込みできるのは、千葉県スキー連盟に所属する有資格者のみにになります。
3. 千葉大学会場から会場変更の申し込みの場合は、クリニック会場変更届とともに提出してください。