

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
1				男・女		A・B・C	年迄
2				男・女		A・B・C	年迄
3				男・女		A・B・C	年迄
4				男・女		A・B・C	年迄
5				男・女		A・B・C	年迄
6				男・女		A・B・C	年迄
7				男・女		A・B・C	年迄
8				男・女		A・B・C	年迄
9				男・女		A・B・C	年迄
10				男・女		A・B・C	年迄

1. 申込みは、期日までに所定の参加料と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. 持参する必要書類は、SAJ会員証。
3. 他都道府県連盟所属の方の申込みは、必ず所属連盟を通じて申込みをしてください。
個人での申込みは、受付いたしません。