

## 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

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名			
生年月日	西暦                      年                      月                      日生		
クラブ No		クラブ名	
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      B      C	有効年度	
備考			

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:522-2)とともに県連事務局に提出してください。
2. 受講料は、便覧を参照してください。
3. 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なります。