

スキー検定員クリニック(インターネット)申込書

千葉県スキー連盟 会長 様

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。