他県研修会・クリニック申込書

（スキー大学参加も含む）

千葉県スキー連盟 会長　宛て

年　　月　　日

クラブ番号

クラブ名

申込責任者

ＴＥＬ

SAJ登録番号（7桁）	フリガナ 氏　名	性　別	生年月日(西暦)	区　分	資　格
		男・女		研修会	指・準
				クリニック	A・B・C
住　所	〒 Tel				
参加連盟	スキー連盟		希望会場	会場	
参加期日	年　月　日 ～　年　月　日				

SAJ登録番号（7桁）	フリガナ 氏　名	性　別	生年月日(西暦)	区　分	資　格
		男・女		研修会	指・準
				クリニック	A・B・C
住　所	〒 Tel				
参加連盟	スキー連盟		希望会場	会場	
参加期日	年　月　日 ～　年　月　日				

データ管理手数料として研修会1,000円、クリニック1,000円が必要です。

研修会　1,000 円 ×　　名 ＝　　円

クリニック　1,000 円 ×　　名 ＝　　円

教育部関係送金明細書Ｉ（301頁、ｺｰﾄﾞ:521－6，522－6）とともに県連事務局に提出してください。