

他都道府県研修会・クリニック・検定員検定(B級・C級)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
.....
T E L
.....

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
				検定員検定	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
				検定員検定	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、検定員検定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
検定員検定	1,000 円 ×	名 =	円

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