

殿

公認スキー学校主任教師研修会申込書

公認検定員クリニック

A級・B級・C級

※ 検定員クリニックを実施しない会場もあります。

記入年月日(西暦) 年 月 日

ふりがな 氏名		性別 男・女	生年月日 年 月 日(歳)	(西暦)
加盟団体		SAJ会員No.		
学校公認 番号		学校・教室名	役職名	
連絡先	学校・教室	〒 TEL FAX		
	自宅	〒 TEL 携帯電話		

注：()内は開催地を記入してください。

前回出席	有・無	年 月 日	()会場
参加会場	第 会場 ()会場		

※加盟団体記入欄	
加盟団体名・団体長名	
担当者氏名	(印)
	(印)

※所属団体記入欄	
所属団体名・団体長名	
	(印)

- 申込書は3通作成し(内2通はコピー)、必要書類とともに所定の期日までに所属団体長を経て、加盟団体長に提出してください。
- 加盟団体は申込書の1通を控えとし、2通(内1通は印鑑を押印した正本)を申込先加盟団体へ提出してください。

参加者は受講当日、本連盟の会員証を持参してください。

【個人情報の取り扱いについて】

この個人情報は、公認スキー学校主任教師研修会の運営のみに使用されることに同意します。