

# CC検定員クリニック

財団法人 全日本スキー連盟 会長 殿

## 公認クロスカントリースキー検定員クリニック申込書

記入年月日(西暦) 年 月 日

ふりがな 氏 名			性別	生年月日	(西暦)	
			男・女		年 月 日( 歳)	
加盟団体			所属団体			SAJ会員No.
連絡先	自宅	〒				
		E-mail	携帯電話 自宅TEL			
	勤務先	名 称 : 所属部署名 : TEL				
研修会受講状況	前年度受講年月	(西暦)	年	月	会場	
	前々年度受講年月	(西暦)	年	月	会場	
既得資格	資格名称		取得年月(西暦)		取得会場	
希望会場	第( )会場 ( )競技場・コース					
宿泊予定	する・しない ※本部宿舍宿泊希望の方は、するに○をつけてください。					

※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	
代表者名	
	(印)

- 申込書は3通作成し、必要書類を添付し所属団体長を経由して、加盟団体が示す期日までに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通と研修会参加料を所定の期日までにSAJに提出してください(内1通は印鑑を押印した正本とします)。
- 参加者は受講当日、本連盟の会員証を持参してください。**
- 【個人情報について】**  
この個人情報は、公認クロスカントリースキー検定員クリニックの運営のみに使用されることに同意します。