

SAJ スキー大学クリニック申込書（朝里川・白馬五竜・猪苗代）

申込者欄 既資格欄は現在お持ちの資格に [□] に [レ] を記入して下さい。

氏名にはフリガナを付けてください		SAJ会員登録NO		会場のいずれかに○		第1会場 朝里川
氏名				男 生年月日 19 年 月 日 (歳) 女 電話番号		第2会場 白馬五竜
						第3会場 猪苗代
県連名	県	協会名	協会	クラブ名		
郵便番号	住所					
既資格	<input type="checkbox"/> 指導員 <input type="checkbox"/> 正指受検 <input type="checkbox"/> 準指導員 <input type="checkbox"/> A級検定員 <input type="checkbox"/> B級検定員 <input type="checkbox"/> C級検定員 <input type="checkbox"/> その他 ()					

参加申込欄

申込み	行事内容	参加費	備考欄
	1) 公認検定員クリニック	¥3,000 (A、B、C級)	

* スキー大学終了後、検定員クリニック修了書の写しと検定員ライセンスを県連事務局に送ってください。
ライセンス処理をして返却いたします。

銀行振込通知欄

フリガナ				事務局使用欄	
振込者名	振込金額	円	入金確認	月	日
振込日	平成 年 月 日	振込機関	銀行・郵便局・他	入金印	
振込先 名義人	公益財団法人 神奈川県スキー連盟 (ATMなどの場合) ザイ) カナガワケンスキーレンメイ				
振込先	(銀行) 横浜銀行 横浜駅前支店 (普) No.0731622				
口座名	(郵便) 郵便為替 00200-6-18420				