

公益財団法人全日本スキー連盟会長 殿

## 2015年度 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

参加希望会場	第( )会場 ( )スキー場
--------	----------------

ふりがな		性別	生年月日		
氏名		男・女	西暦	年	月 日( 歳)
加盟団体	スキー連盟	SAJ 会員番号			
所属クラブ					
自宅住所	〒				
電話番号	自宅	携帯電話			

既得資格	資格名称	合格年月	合格会場
		西暦 年 月	
		西暦 年 月	
		西暦 年 月	
		西暦 年 月	
		西暦 年 月	

宿泊予定 ○で囲む	本部宿舎に( 宿泊する ・ 宿泊しない )
--------------	-----------------------

必要書類添付

- 参加年度のSAJ会員証(写)  
 公認クロスカントリースキー検定員証または公認証(写)

※加盟団体記入欄	※所属団体記入欄
加盟団体名・団体長名   印	所属団体名・団体長名   印
願書審査担当者名  印	印

【個人情報の取り扱いについて】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。  
 ※A4サイズに拡大コピーを取り、使用してください