

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 [シ] 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						第2会場 白馬五竜			
						第3会場 猪苗代			
		男	生年月日	19	年	月	日	(歳)
		女	電話番号						
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)	
*今年度から指導員・準指導員ライセンス、検定員（A・B・C級）ライセンスへの研修会及びクリニック修了シールの貼付を廃止しますので、SAK事務局への送付は不要となります。			

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	支店	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				
<input type="checkbox"/> 座名	(郵便) 郵便為替 00200-6-18420				