

(他県連用)

2018年度
全日本スキー連盟

スキー指導者研修会
スキー公認検定員クリニック

申込書

埼玉県スキー連盟会長 様		申請日	平成 年 月 日	
所属県連盟		クラブ名		
(フリガナ)		性別	男・女	
氏名		⑩		
資格	正指導員・準指導員			
生年月日・年齢	西暦 年 月 日生	2018年1月1日現在	満歳	
住所	〒 _____			
電話番号	自宅 ()	携帯	()	
メールアドレス	_____@_____			
S A J 会員番号	No. _____			
準指取得年度	西暦 年 月			
研修会参加会場 (研修会参加費)	・No.1鹿沢会場 (6,000円) ・No.2鹿沢会場 (6,000円) ・No.3万座会場 (6,000円) ・No.4戸隠会場 (6,000円) ・No.5万座会場 (3,500円)			
参加する会場を○で囲む	※No.1～No.4は研修会費に資料(オフィシャルブック)代を含みます。			
クリニック参加 (クリニック参加費)	・A級クリニック (3,000円) ・B級クリニック (3,000円) ・C級クリニック (3,000円)			
クリニック希望は○で囲む				
2018年度指導員 検定受検希望	有 ・ 無			

送金合計 円

振
込
利
用
明
細
貼
付
(
の
り
し
ろ
)

※研修会参加費または受講料と共に1部提出

送金は銀行振込とし、振込利用明細書を貼付して申し込んでください。

インターネットバンキングによる振込みの場合は、振込受付明細をプリントアウト(印刷)し、添付してください。尚、送料は各自負担ください。

※申込先:指導委員会担当

〒121-0814

東京都足立区六月2-1-1リナス竹ノ塚401大石、方

上田浩義 宛

TEL:03-3883-2548

携帯:090-3214-3641

※振込先

銀行名:埼玉りそな銀行蓮田支店

口座番号:普通 3879774

名 義:埼玉県スキー連盟教育本部

本部長 鈴木 勉

「申し込みの際にご記入いただく個人情報は、スキー連盟行事の円滑な実施、合格者に対する「合格証」

⑭ 発行等の業務以外には利用いたしません。