

## 2009 指導者研修会(実技)・検定員クリニック申込書

栃木県スキー連盟会長 様

平成 年 月 日

該当する 欄にチェックを入れてください。

実技会場	1次 ハンターマウンテン会場	20年12月13日(土)～14日(日)
	2次 Mt・ジーンズ会場	21年 1月17日(土)～18日(日)
検定員クリニック	希望なし	希望あり ( A級 B級 C級 )

加盟団体 協会(クラブ)名		他県連の 場合はご記 入ください	都・道 府・県
ふりがな 氏 名		資 格	指導員 準指導員
住 所	〒  電話 ( )		
生年月日(西暦)	年 月 日 満 歳	SAJ会員 登録番号	
資格取得	指導員 昭和 準指導員 平成	年 月 日	会場

個人情報の 取り扱い	<p>上記に記載された個人情報は、(財)全日本スキー連盟及び栃木県スキー連盟が個人情報を登録して利用するとともに、人名・性別・会員番号・生年月日・所属団体・資格については、公開します。</p> <p>個人情報の取り扱いについて、同意いたします。</p> <p>平成 年 月 日 氏名</p>
---------------	---

申し込み後の会場変更は、1週間前までに担当理事あて連絡してください。

実技研修に参加できる方は、当年度の理論研修修了者に限ります。

申込金の返金はいたしません。

(実技のみ4,000円、実技・クリニック7,000円)

理 論 修 了 印	
-----------------------	--