

## 2010 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	<input type="checkbox"/>	1次 ハンターマウンテン会場	21年12月12日(土)～13日(日)
	<input type="checkbox"/>	2次 Mt・ジーンズ会場	22年 1月16日(土)～17日(日)
検定員クリニック	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり ( <input type="checkbox"/> A級 <input type="checkbox"/> B級 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 指導員 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 指導員 <input type="checkbox"/> 昭和 _____ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 準指導員 <input type="checkbox"/> 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、(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	
-----------------------	--

