

スキー学校教師研修会 及び 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

No.	氏 名	生年月日 (西暦)	年 齢	資 格	SAJ会員 登録番号	教師 研修	ク リ ニ ッ ク	所 属
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

公認スキー学校名

校 長 印

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>個人情報の取扱いについては同意いたします。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日 氏名</p>
---------------	---

※研修会(理論)参加料2,000円を添えて申し込むこと。

※研修会(実技)参加料4,000円を添えて申し込むこと。

※検定員クリニック参加料3,000円を添えて申し込むこと。

尚、クリニック参加者は、所有資格A・B・C級を記入のこと。

※資格欄については指導員・準指導員・アシスタントとし、資格順に記入すること。

※所属欄は、参加者の所属する団体名を記入して下さい。