

2017 指導者等研修会(実技・理論)・検定員クリニック申込書

【理論研修未終了者用(2次用)】

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・理論研修	7,000	<input type="checkbox"/> 2次	日光湯元会場 2017年 2月25日(土)～26日(日)
			宿泊 (<input type="checkbox"/> 本部斡旋 <input type="checkbox"/> 自己対応 <input type="checkbox"/> 日帰り)
検定員クリニック	¥3,000	<input type="checkbox"/> 希望あり (<input type="checkbox"/> A級 <input type="checkbox"/> B級 <input type="checkbox"/> C級)	<input type="checkbox"/> 希望なし
計	¥	円	

※金額を記入してください。

SAJ会員 登録番号(7ケタ)		※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 <input type="checkbox"/> SATインストラクター
住 所	〒	電 話	()
生年月日(西暦)	19 年 月 日 満 歳	所属団体	
資格取得	<input type="checkbox"/> 指導員 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 準指導員 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> SATスキーインストラクター	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、(公財)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、氏名・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>
---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※申込金の返金はいたしません。

(実技・理論7,000円、クリニック3,000円)