年　　月　　日

公益財団法人全日本スキー連盟会長　宛

2019年度　公認スキーA級検定員検定会受検願書

本事業参加に際しては、傷害事故防止に十分注意するとともに万が一私が原因で発生した事故に対して
全て私の責任において処理することを承知の上、申し込みます。

受検会場	第　　会場　　スキー場

ふりがな		性 別	生 年 月 日	年 齢
氏 名		男・女	西暦　　年　　月　　日	
加盟団体	スキー連盟	SAJ 会員番号		
所属クラブ				
自宅住所	〒			
電話番号	自宅	携帯電話		

B級検定員合格年月			西暦　　年　　月 合格	
検定歴	年月日	西暦　　年　　月　　日	西暦　　年　　月　　日	西暦　　年　　月　　日
	会場			
	検定 種別			
クリニック最新受講年月			西暦　　年　　月 修了	

必要書類添付　　□ 受検年度のSAJ会員証 （A4サイズに拡大コピーしたもの）

加盟団体記入欄	所属団体（クラブ）記入欄
加盟団体名・団体長名 ㊞ 願書審査担当者名 ㊞	所属団体名・団体長名 ㊞

【個人情報の取り扱いについて】　　この個人情報は、本事業の運営のみに使用されることに同意します。