

2019年度 公認クロスカントリースキー検定員クリニック申込書

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。

参加会場	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		

宿泊希望 ○で囲む	本部宿舎に宿泊を希望する	・	希望しない
--------------	--------------	---	-------

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 担当者名	所属団体名・団体長名
⑩	⑩
⑩	

【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。