スノーボード指導者研修会、公認ＳＢ検定員クリニック申込書

栃木県スキー連盟会長　様

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 |  | 性別 | 男女 | 西暦　　　　　年　　月　　日　　　　　　（満　　　歳） |
| 現住所TEL | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ |
| 所属団体協会(クラブ)名 |  | SAJ会員登録番号 |  |
| 勤務先又は連絡先 | 　　　　　　　　　℡ | 職業 |  |
| ・指導者研修会　　　　　　　・公認ＳＢ検定員クリニック参加する項目に〇を付けてください |
| 取得年月日(指導者・検定員) | 　・指導者：西暦　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　会　場　・検定員：西暦　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　会　場 |
| 指導者資格 | 指　・　準 | 前回出席年度 | 年度 |
| 検定員資格 | Ａ　・　Ｂ　・　Ｃ | 前回出席年度 | 　　　　　　　　年度 |
|  |  |
| 個人情報の取り扱い | 　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、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。　個人情報の取扱いについては同意いたします。　令和　　年　　月　　日　　　　氏名 |

　※指導者研修会参加費5,000円、公認ＳＢ検定員クリニック参加費4,000円となります。

　　参加費を添えて申し込みをしてください。

　※参加費を振り込む場合は、以下に振り込むとともに、県連送金票を添付してください。

　　振込先：足利銀行県庁内支店（普）№.15864　栃木県スキー連盟　会長　齋藤伸幸