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　渡辺陽一