

CC検定員研修会 (クリニック)

財団法人 全日本スキー連盟 会長 殿

クロスカントリースキー検定員研修会(クリニック)申込書

記入年月日(西暦) 年 月 日

| | | | | |
|-------------|-------------------|------------------------------|----------|-------------------|
| ふりがな 氏 名 | | 性別 男・女 | 生年月日 | (西暦) 年 月 日(歳) |
| 加盟団体 | 所属団体 | SAJ会員No. | | |
| 連絡先 | 自宅 | 〒 E-mail 携帯電話 自宅TEL | | |
| | 勤務先 | 名 称 : 所属部署名 : TEL | | |
| 研修会受講状況 | 前年度受講年月 | (西暦) 年 月 | 会場 | |
| | 前々年度受講年月 | (西暦) 年 月 | 会場 | |
| 既得資格 | 資格名称 | | 取得年月(西暦) | 取得会場 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 希望会場 | 第()会場 ()競技場・コース | | | |

| 加盟団体記入欄 |
|------------|
| 加盟団体名・団体長名 |
| 担当者氏名 |

| 所属団体記入欄 |
|------------|
| 所属団体名・団体長名 |
| 代表者名 |

- 1 申込書は3通作成し、必要書類を添付し所属団体長を経由して、加盟団体が示す期日までに加盟団体長に提出してください。
 - 2 加盟団体は申込書の1通を控えとし、2通と研修会参加料を期日までにSAJに提出してください。(内1通は印鑑を押印した正本とします)
- 参加者は受講当日、本連盟の会員証を持参してください。**
- 【個人情報について】
この個人情報は、クロスカントリースキー検定員研修会の運営のみに使用されることに同意します。