

一般財団法人 東京都スキー連盟会長 殿

平成 年度 指導者研修会・検定員クリニック パトロール研修会受講願

指導者研修会
 検定員クリニック
 パトロール研修会

スキー連盟主管の 検定員クリニック に当連盟の下記の資格者が

参加いたしますので、よろしくお願い致します。

記

研修会(理論) 西暦 年 月 日 ~ 月 日 県 会場
 研修会(実技) 西暦 年 月 日 ~ 月 日 県 会場
 クリニック(理論) 西暦 年 月 日 ~ 月 日 県 会場
 クリニック(実技) 西暦 年 月 日 ~ 月 日 県 会場

No	SAJ会員 No(7桁)	氏名	ヨミガナ	生年月日 yyyy/mm/dd	研修 (準/指)	クリニック (A/B/C)	クラブ No	クラブ名
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
#								

↑注

注) 検定員の資格を有していてもクリニックを受講しない場合は空欄にしてください。
 ※ 本申込書に関する個人情報は、連盟の行事以外使用いたしません。