

## (公財)全日本スキー連盟スキー指導者研修会申込書

主 管	福岡県		ス キ ー 連 盟	
会 場 名	めがひら		会 場	
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 功労指導員	<input type="checkbox"/> 指導員
氏 名		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 功労準指導員	<input type="checkbox"/> 準指導員
生 年 月 日	1 9	年 月 日	年齢	歳
加 盟 団 体		所属団体		
SAJ 登 録 番 号				
スキー保険	保険会社		証券番号	
住 所	〒 —			
	携帯	—	—	
	自宅	—	—	
勤 務 先 所 在 地	勤務先			
	所在地 〒			
	TEL	—	—	
資 格 取 得	功労指導員 指導員	年 月 (	会場)	
	功労準指導員 準指導員	年 月 (	府・県 会場)	
前 回 出 席 研 修 会	年 月			会 場

(西暦で記入)

下記の希望コース金額欄に○印をご記入ください。

コース	参加料	
	研修会のみ	研修会+クリニック
①:宿泊なし	5,000	8,000
②:宿泊あり(1泊夕・朝食)	14,500(5,000+9,500)	17,500(8,000+9,500)
③:②+前泊(素泊まり)	19,900(5,000+14,900)	22,900(8,000+14,900)
④:②+前泊(朝食あり)	20,980(5,000+15,980)	23,980(8,000+15,980)
⑤:②+前泊(夕・朝食あり)18時までにチェックインのこと	23,680(5,000+18,680)	26,680(8,000+18,680)

----- 切り取らないで下さい -----

## 公認検定員クリニック参加申込書

フリガナ		加 盟 団 体		所持級	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
氏 名							
検 定 員 取 得 年 月 日	年 月		所持級NO	会場			
主 管 連 盟 ・ 会 場	連盟			会場			
前 回 クリニック 受 講 年 月 日	年 月 日						
実 施 主 管 連 盟 ・ 会 場	連盟			会場			

上記「個人情報」については、プログラム、行事運営及び事業報告書のみを使用することを同意します。

\*様式のセルを連結させるなど独自に改造しないで下さい。