CC検定員クリニック

財団法人　全日本スキー連盟　会長　殿

公認クロスカントリースキー検定員クリニック申込書

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				
宿泊予定	する ・ しない　　※本部宿舎宿泊希望の方は、するに○をつけてください。				

※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所定の期日までに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、公認クロスカントリースキー検定員クリニックの運営のみに使用されることに同意します。