

様式12

2019 年度

(公財) 全日本スキー連盟スキー指導者研修会・公認検定員クリニック (佐賀県天山)会場

参加者一覧表

参加団体

スキー連盟

No.	氏 名	性 別	資 格	クリニック	SAJ会員登録番号	生年月日	年 齢	備 考 (他資格)
1		男・女	功 準・指					
2		男・女	功 準・指					
3		男・女	功 準・指					
4		男・女	功 準・指					
5		男・女	功 準・指					
6		男・女	功 準・指					
7		男・女	功 準・指					
8		男・女	功 準・指					
9		男・女	功 準・指					
10		男・女	功 準・指					
11		男・女	功 準・指					
12		男・女	功 準・指					
13		男・女	功 準・指					
14		男・女	功 準・指					
15		男・女	功 準・指					
16		男・女	功 準・指					
17		男・女	功 準・指					
18		男・女	功 準・指					
19		男・女	功 準・指					
20		男・女	功 準・指					
21		男・女	功 準・指					
22		男・女	功 準・指					
23		男・女	功 準・指					
24		男・女	功 準・指					
25		男・女	功 準・指					

性別・資格はいずれかに○印を、またクリニックは受講者に○印を記入してください。

*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。

様式12補助

参加料金一覧表

研 修・ クリニック費用	リフト代	宿泊費	合計
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
			0
0	0	0	0

西日本ブロック協議会 教育部会

2019年度行事参加料振込み証明書

府 県 連 名	申 込 責 任 者
	印 TEL 携帯TEL

行 事 名	参加料	人数	金額
	円	名	円

* 払込金振込書のコピーを貼り付けてください。