

2020年 9月 3日

各県スキー連盟会長 殿

熊本県スキー連盟  
会長 瀬上 誠

(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開催要項

標記の(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(九重会場)  
を下記の通り開催いたします。

つきましては、貴スキー連盟指導員・準指導員の皆様にご案内くださいますようお願い申し上げます。

記

【主 催】 スキー指導者研修会 (公財)全日本スキー連盟 ・ 公認検定員クリニック 熊本県スキー連盟

【期 日】 2020年12月19日(土)～20日(日)

【会 場】 九重森林公園スキー場 理論:各自SAJ提供e-learning視聴

【本部宿舎】 九重 悠々亭  
〒879-4912 大分県玖珠郡九重町筋湯温泉  
電話番号 0973-79-2231

【受 付】 日時 2020年12月19日(土)08:00～ 場所 九重森林公園スキー場

【開 会 式】 日時 2020年12月19日(土)09:00 場所 九重森林公園スキー場

【閉 会 式】 日時 2020年12月20日(日)16:30 場所 九重森林公園スキー場

【定 員】 100名程度

- 【申込方法】①(公財)全日本スキー連盟スキー指導者研修会申込書(西日本ブロック様式1-1)に記入の上参加料(資料代含む)5,000円を添え、加盟団体を通じて一括でお申し込みください。  
※参加費用はシクミネットの振込みは使用せず、加盟団体で取りまとめて下記の振込先へ一括で振込をお願いします。(西日本ブロック内に限る)  
②クリニック参加希望者は、クリニック参加申込書に必要事項を記入し、参加料3,000円を添え所属団体長を経て、加盟団体を通じて研修会の申し込みと同時に申し込んでください。クリニックだけの参加申し込みはできません。  
③現地での申し込みや個人での申し込みは、一切受付できません。  
④加盟団体は、西日本ブロック様式13に必要データを入力後、申し込み時に送付下さい。

【申込期日】 2020年11月25日(水)必着

【申 込 先】 〒869-1102 熊本県菊池郡菊陽町原水1334 エレイネ菊陽703  
敷地 慎一 電話090-9604-7618 メールchiki2y@yahoo.co.jp  
振込先 肥後銀行 大津支店 普通口座 2137416  
熊本県スキー連盟教育部 敷地慎一

- 【そ の 他】① 研修会期間中の名札は、各自で用意ください。  
② 参加料は、研修会中止以外返却しません。  
③ 研修会参加中の事故や怪我は、すべて各自の責任とする。  
④ 受講年度SAJ会員証、ライセンスを受付時に提示ください。  
⑤ 宿泊に悠々亭をご利用の際は、県連を通じて申込んでください。  
その他の宿は、個人手配してください。  
⑥ リフト料金は、10,000円(8h券4000円+補償料1,000円\*2日)にて斡旋します。

- ・佐賀県連の申込期日は、各県連の1週間前までとします。
- ・申し込みは各クラブでまとめてください。
- ・申込先 佐賀県スキー連盟教育部長吉丸賢次 ssa359@skisaga.net
- ・参加費は必ず振り込みでお願いします。
- ・佐賀銀行 鹿島支店 普通2002025 佐賀県スキー連盟 教育部長 吉丸賢次

## (公財)全日本スキー連盟スキー指導者研修会申込書

各主 管	熊本県		ス キ ー 連 盟	
会 場 名	九重森林公園スキー場		会 場	
フリカナ		<input type="checkbox"/> 男	<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
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)

----- 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

フリカナ		加 盟		所持級	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
氏 名		団 体					
検 定 員 取 得 年 月 日		年	月	所持級NO			
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。

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:リフト券無し	5,000	8,000
②:リフト券有り(8h券5,500円→4,000円+1,000円*2日)	5,000+10,000	8,000+10,000
③:その他(ご希望を記入してください)		