

(公財)全日本スキー連盟スキー指導者研修会申込書

| | | | | |
|------------------|--------------|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| 主 管 | 熊本県 | | ス キ ー 連 盟 | |
| 会 場 名 | 五ヶ瀬ハイランドスキー場 | | 会 場 | |
| フリカナ | | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 功劳指導員 | <input type="checkbox"/> 指導員 |
| 氏 名 | | <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 功劳準指導員 | <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 〒 | | | |
| 資 格 取 得 | TEL | | — | — |
| | 功劳指導員 指導員 | 年 月 (| 会場) | |
| 功劳準指導員 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: 宿泊なし | 5,000 | 8,000 |
| ②: 宿泊あり(1泊夕・朝食) | 14,000(5,000+9,000) | 17,000(8,000+9,000) |
| ③: ②+2日券 | 18,000(1,4000+4,000) | 21,000(17,000+4,000) |
| ④: ②+1.5日券(15日1日券、16日午前券) | 17,000(1,4000+3,000) | 20,000(17,000+3,000) |
| ⑤: その他(県連を通じてお伝えください) | | |

ページ2 熊本県申込専用