スノーボード指導者研修会、公認ＳＢ検定員クリニック申込書

栃木県スキー連盟会長　様

令和　　年　　月　　日

ふりがな 氏　　名		性別	男 女	西暦 年　月　日 （満　　歳）
現　住　所 TEL	〒 TEL			
所属団体 協会(クラブ)名		SAJ 会員 登録番号		
勤　務　先 又は 連　絡　先	TEL		職 業	
・指導者研修会　　・公認ＳＢ検定員クリニック 参加する項目に○を付けてください				
取得年月日 （指導者・検定員）	・指導者：西暦　　年　月　日　　会　場 ・検定員：西暦　　年　月　日　　会　場			
指導者資格	指　・　準	前回出席年度		年度
検定員資格	Ａ　・　Ｂ　・　Ｃ	前回出席年度		年度

個人情報の 取り扱い	上記に記載された個人情報は、（公財）全日本スキー・スノーボード連盟及び栃木県スキー連盟が個人情報を登録して利用するとともに、人名、性別、会員番号、生年月日、所属団体、資格については、公開します。 個人情報の取扱いについては同意いたします。 令和　　年　　月　　日　　氏名

※指導者研修会参加費 7,000 円、公認ＳＢ検定員クリニック参加費 4,000 円となります。
参加費を添えて申し込みをしてください。

※参加費を振り込む場合は、以下に振り込むとともに、県連送金票を添付してください。
振込先：足利銀行県庁内支店（普）№.15864　栃木県スキー連盟　会長　渡辺陽一