

## 2018/2019 ABC級検定員クリニック申込書

本事業参加に際しては、傷害事故防止に十分注意するとともに万が一私が原因で発生した事故に対して全て私の責任において処理することを承知の上、申し込みます。

参加料	3,000円
-----	--------

ふりがな				性別	男・女	年齢	( )歳
氏名							
生年月日	(西暦)	年	月	日	SAJ会員番号		
					バーコード番号		
所属団体				所属スキー学校			
自宅住所/電話	〒						
	TEL ( )			FAX ( )			
連絡先	携帯電話			緊急連絡先			

	会場名	会期
受講会期	会場	年 月 日から 月 日まで

前回出席	西暦	年	月	会場名	
資格取得年月	西暦	年	月	会場名	
所持資格	A級 ・ B級 ・ C級 正指導員 ・ 準指導員 ・ 功労準指導員 ・ 功労指導員 上記の該当する資格全部に必ず○印をして下さい。				

加盟団体記入欄 (他都道府県連に所属の方)	所属団体記入欄
加盟団体名・団体長名	所属団体名・団体長名
担当者名	
印	印
印	

## ☆注意事項

※ 会場会期をご自身でお書きください。ご協力お願いいたします。

※ 加盟団体は記入事項に相違が無いか確認のうえ、加盟団体記入欄に記入および押印してください。

【個人情報の取り扱いについて】

この個人情報は、クリニックの運営のみに使用されることに同意します。