

|                |            |     |
|----------------|------------|-----|
|                | 申込(○印をつける) |     |
| B・C級公認検定員検定会   | B検         | C検  |
| B・C級公認検定員クリニック | Bクリ        | Cクリ |

**2013～14(平成26)年度  
B・C級公認スキー検定員検定会 及び B・C級公認スキー検定員クリニック  
申込書**

|              |          |                     |           |
|--------------|----------|---------------------|-----------|
| 大学名          |          | クラブ名                |           |
| ふりがな         |          |                     | 男・女       |
| 氏名           |          |                     |           |
| 生年月日         | 昭和・平成    | 年                   | 月         |
| 住所           | 〒        |                     |           |
| 連絡先          | 携帯電話番号   | 電話番号                |           |
| B・C級<br>受検回数 | 初回・( )回目 | 準指導員(正指導員)<br>取得年月日 | S H 年 月 日 |
|              |          | 会場                  | 会場        |

※ 参加に際しては、傷害自己防止に充分注意するとともに、万一開催期間中ならびに検定中に自己が発生した場合は、すべて自らの責任において処理することを了承のうえ、参加申し込みます。

|        |  |  |    |    |   |
|--------|--|--|----|----|---|
| 傷害保険   | 会社名  |  |    | 氏名 | 印 |
|        | 保険名  |  | NO |    |   |
| 添付するもの | ①受検料受領証のコピー(下表に貼付)<br>②指・準指導員・C級検定員 合格証(写し)<br>③SAJ会員証のコピー |  |    |    |   |

所属団体代表者

上記者をB級・C級公認スキー検定会、B級クリニック・C級クリニックの受検適格者と認めます。  
(B検・C検・B級クリニック・C級クリニックいずれかに○印をおつけください)

\_\_\_\_\_大学 \_\_\_\_\_スキー部 (OB・OG会)

代表者 役職 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

※受検料・受講料を振り込み郵便局の「払込受領書」のコピーを添付のこと

ここに郵便振込票兼受領証の写し(コピー)を貼ってください。

指定郵便局口座 00180-7-665204

口座名 社団法人 全日本学生スキー連盟

振り込み額

|     | 金額    | 備考 |
|-----|-------|----|
| 受検料 | 5,000 |    |
| 受講料 | 5,000 |    |