

	申込(○で囲む)	
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

**2014～15(平成27)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	日生	歳
住所	〒				
連絡先	携帯電話番号		電話番号		
B・C級 受検回数	初回 ・ ( )回目		準指導員(正指導員) 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) ②指・準指導員・C級検定員 合格証(写し) ③SAJ会員証のコピー					

所属団体代表者

上記の者を、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、いずれかを○で囲む)

\_\_\_\_\_ 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 公益社団法人 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	

