

	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

**2016～17(平成29)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	