

公益財団法人全日本スキー連盟 会長 殿

SAJアルペンTD候補者

## SAJアルペンTD候補者推薦書

記入年月日 西暦 年 月 日

フリガナ 氏名		性別	生年月日	(西暦) 年 月 日(歳)	
		男・女			
加盟団体		所属団体		SAJ会員No.	
連絡先	自宅	〒			
		E-mail		TEL:日中の連絡先	
	勤務先	名称 :		所属部署名 :	
		E-mail		TEL	
研修会受講状況	前年度受講日時	西暦 年 月 日・ 月 日	場所		
	前々年度受講日時	西暦 年 月 日・ 月 日	場所		
既得資格	資格名称	取得年月(西暦)	取得会場		

※加盟団体記入欄	
加盟団体名・団体長名	
担当者氏名	印
	印

※所属団体記入欄	
所属団体名・団体長名	
代表者名	印

※加盟団体は内容を確認し、本書類を被推薦者へお渡しください。

※被推薦者は検定会(シクミネットイベント)申込時に本書類をアップロードの上、お申し込み下さい。