

# CC検定員クリニック

財団法人 全日本スキー連盟 会長 殿

## 公認クロスカントリースキー検定員クリニック申込書

記入年月日(西暦)      年      月      日

ふりがな 氏 名		性別 男・女	生年月日	(西暦) 年 月 日( 歳)
加盟団体	所属団体	SAJ会員No.		
連絡先	自宅	〒 E-mail 携帯電話 自宅TEL		
	勤務先	名 称 : 所属部署名 : TEL		
研修会受講状況	前年度受講年月	(西暦) 年 月	会場	
	前々年度受講年月	(西暦) 年 月	会場	
既得資格	資格名称		取得年月(西暦)	取得会場
希望会場	第( )会場 ( )競技場・コース			

加盟団体記入欄
加盟団体名・団体長名
担当者氏名

所属団体記入欄
所属団体名・団体長名
代表者名

- 1 申込書は3通作成し、必要書類を添付し所属団体長を経由して、加盟団体が示す期日までに加盟団体長に提出してください。
- 2 加盟団体は申込書の1通を控えとし、2通と研修会参加料を所定の期日までにSAJに提出してください(内1通は印鑑を押印した正本とします)。

**参加者は受講当日、本連盟の会員証を持参してください。**

【個人情報について】

この個人情報は、公認クロスカントリースキー検定員クリニックの運営のみに使用されることに同意します。