

西暦 年 月 日

一般財団法人 東京都スキー連盟会長 殿

平成 年度 指導者研修会・検定員クリニック 受講願

指導者研修会
 _____スキー連盟主管の 検定員クリニック
 に当連盟の下記の指導員が

参加いたしますので、よろしくお願い致します。

記

研修会（理論） 年 月 日 県 会場

研修会（実技） 年 月 日～ 月 日 県 会場

クリニック 年 月 日～ 月 日 県 会場

No	SAJ会員 No(7桁)	氏 名	生年月日 yyyy/mm/dd	研修 (準/指)	クリニック (A/B/C)	クラブ No	クラブ名
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

※ 本申込書に関する個人情報、連盟の行事以外使用いたしません。