

オープンジュニアスキースキー技術選申込書

西暦 年 月 日

一般財団法人 東京都スキー連盟会長 殿

都道府県連盟 _____ 都・道・府・県

所属団体No. _____

所属団体名 _____

団体長氏名 _____ 印 _____

(非会員は不要)

下記の者を適格者と認め推薦致します。

<input type="checkbox"/> オープンジュニア スキー技術選ステージⅠ		<input type="checkbox"/> オープンジュニア スキー技術選ステージⅡ				
事前講習: <input type="checkbox"/> 受講する <input type="checkbox"/> 受講しない		事前講習: <input type="checkbox"/> 受講する <input type="checkbox"/> 受講しない				
SAJ会員登録番号		SAT会員登録番号	(非会員は不要)			
ふりがな					<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
氏名						
生年月日	西暦	年	月	日生	年齢	満 歳
住所 <small>本年度都連登録済会員は省略可</small>	〒 _____					
連絡先TEL	自宅:			携帯:		
緊急時連絡先 ※本人以外	氏名:			TEL:		
組別 <small>該当する組に○印</small>	<input type="checkbox"/> 小学生の部 (1~3年生)	<input type="checkbox"/> 小学生の部 (4~6年生)	<input type="checkbox"/> 中学生の部		<input type="checkbox"/> 高校生の部	
保護者承諾 (署名と捺印)	私、 _____ は、参加を承認のうえ申込みいたします。印 _____					
出場者コメント (競技会中にMCより紹介します)						

- 注) 1. この用紙は複写したものでよいが、同じ規格の大きさにすること。
 2. 申込場所:(一財)東京都スキー連盟事務局(日・月・祝祭日休業。現金取扱い時間は、10時~15時。)
 3. 本申込書に関する個人情報については、本連盟の行事以外には使用いたしません。
 4. 申込みには、保護者の氏名自署、印が必要です。
 5. 傷害処置については、応急処置のみを行い、それ以外の責任は負いません。