

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 事前講習: <input type="checkbox"/> 受講する <input type="checkbox"/> 受講しない		<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	
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 <small>(競技会中にMCより 紹介します)</small>			

- 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。