第29回ＳＡＪデモンストレーター選考会
愛知県代表参加者選考会申込書

愛知県スキー連盟　殿

申込年月日　　年　　月　　日

フリガナ 氏　　名			性別 男・女	生年月日	年　　月　　日（　　歳）	
加盟団体	愛知県スキー連盟	所属団体			ＳＡＪ会員NO.	
連絡先	自宅	〒 TEL				
	勤務先	名称　及び　所属部署名 TEL				
資　　格	指導員	合格年月	年　　月	合格会場		
	テクニカル	合格年月	年　　月	合格会場		
	クラウン	合格年月	年　　月	合格会場		
過去の活動経歴等						
損害保険加入会社名		傷害保険加入会社名				

誓　約　書

本選考会参加に際しては、障害及び損害事故防止に充分注意しますと共に万が一、私が原因で発生した事故に対して、すべて私の責任において処理することを了承の上、参加を申し込みます。

年　　月　　日

氏名　　印

推　薦　書

上記の者をＳＡＪデモンストレーター選考会愛知県代表参加者に推薦します。

年　　月　　日

所属団体名

代表者氏名　　印

（２通提出のこと　コピー可）