

愛知県スキー連盟 殿

平成 年 月 日

受講料 5,000円	
---------------	--

平成18年度

### 特別スキークリニック申込書

フリガナ 氏名	印	性別	男・女
住所	〒 TEL		
生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日生 ( 才 )		
資格	・2級 ・1級 ・テクニカル ・クラウン ・準指導員 ・指導員 ・その他 ( 級程度 )		
	該当項目に 又は 技術レベルを記してください。		
申込日程	平成18年1月21日(土)・22日(日) 平成18年1月23日(月)・24日(火) 該当項目に を記してください。		
講習班希望	技術選に向けての強化 技術向上 該当項目に 記してください。		
SAJ会員番号			
SAJクラブNo			
所属団体名			

( 2部提出のこと。コピー可 )

本申込書で愛知県スキー連盟が収集した個人情報には申込行事運営ならびに事業に必要と認められた団体にて利用されます。また、所属クラブ、氏名、性別については、行事会場ならびにwebサイトや新聞などのマスメディアで公開されることがあります。