年　　月　　日

公益財団法人全日本スキー連盟会長　宛

2019年度 スキー大学申込書

本事業参加に際しては、傷害事故防止に十分注意するとともに万が一私が原因で発生した事故に対して
全て私の責任において処理することを承知の上、申し込みます。

参加会場	第　　会場　　スキー場

※申込み後の会場変更はできません

ふりがな		性 別	生 年 月 日	年 齢
氏 名		男・女	西暦　　年　　月　　日	
加盟団体	スキー連盟	SAJ 会員番号		
所属クラブ				
自宅住所	〒			
電話番号	自宅	携帯電話		

準指導員合格年月	西暦　　年　　月	合格会場名	会場
指導員合格年月	西暦　　年　　月	合格会場名	会場

参加者はスキーの傷害保険に加入していることが必要です。未加入の場合は申込ができません。

傷害保険	保険会社名	
	証券番号	

スキー指導員検定受検班 （いずれかを〇で囲む）	受検班を希望する　・　受検班を希望しない

検定員クリニック参加者は既得検定員資格を〇で囲み、所属加盟団体へ申込みしてください。

検定員クリニック（いずれかを〇で囲む）	参加する　・　参加しない
保有している検定員資格	名誉　・　A級　・　B級　・　C級

加盟団体記入欄	所属団体（クラブ）記入欄
加盟団体名・団体長名 ㊞ 担当者氏名 ㊞	所属団体名・団体長名 ㊞

【個人情報の取り扱いについて】　この個人情報は、本事業の運営のみに使用されることに同意します。