

群馬県スキー連盟会長 様

平成 年 月 日

略 称	認定指
参加料	20,000円
ゼッケン 番 号	

ス ノ ー ボ ー ド 準 指 導 員 受 検 願 書

フリガナ		性 別	生 年 月 日 (西 曆)	年 令
氏 名	印	男 女	昭和 年 月 日 (西曆 年)	歳
所属団体名		SAJ会員 登録番号	加盟団体番号 地域番号 所属団体番号 個人番号 010 - 000 -	
住 所	〒  ☎	1級取得	昭和 平成 (会場 )	年 月 日
タイプ	○で囲ってください アルペン ・ フリースタイル			
傷害保険	① 参加者はスキー傷害保険に必ず加入してください。			
	保険会社名		No.,	
② 現地での傷害処置については応急手当のほかは責任を負いません。				

上記の者を準指導員検定受検適格者として推薦いたします。				
所属団体名				
代表者名				
印				

※ 個人情報については、行事への参加等の会員活動関係のみへの利用とします。