教－８④

Ｃ級公認検定員 新規取得・再取得
及び公認検定員クリニック申込書

（在京用）

西暦　　年　　月　　日

※該当する欄に〇をして下さい。

新規取得	再取得	クリニック

SAJ 会員登録番号		
所 属 ク ラ ブ	No.＿＿＿＿＿	
ふ り が な		男 ・ 女
氏　　名		
生 年 月 日	西暦　　年　　月　　日生（　　歳）	
資　　格	指 導 員　・　準 指 導 員	
	Ａ級　・　Ｂ級　・　Ｃ級（有効期限　　年）	
連絡先ＴＥＬ		
他 県 連 の み 記 入	道 府 県（ｸﾗﾌﾞ名　　）	

注）財団法人東京都スキー連盟事務局は日・月・祝祭日休業。
現金の取扱い時間は、10 時～15 時。ただし、12 時 45 分～13 時 45 分はお昼休みです。

※ なお、今回に限り現金書留でも申込みが可能です。本申込書を参加費と一緒に現金書留封筒に同封のうえお送りください。

【郵送先】〒102-0093 東京都千代田区平河町 1-4-15 平河町小池ビル
（財）東京都スキー連盟　［TEL 03-3262-2491］

※ 参加費・・・新規取得７，５００円、再取得４，０００円、クリニック３，０００円

※ 本申込書に関する個人情報は、本連盟の行事以外には使用いたしません。