

記入年月日（西暦）

年

月

日

宮城県スキー連盟会長 殿

# B 級・C 級 検定員受検願書

(受検する項目に○印を付けてください)

|      |                      |          |     |    |       |
|------|----------------------|----------|-----|----|-------|
| ふりがな |                      | 性別       | 男・女 | 年齢 | ( ) 歳 |
| 氏 名  |                      |          |     |    |       |
| 生年月日 | (西暦) 年 月 日           | SAJ会員No. |     |    |       |
| 所属団体 |                      |          |     |    |       |
| 自宅住所 | 〒                    |          |     |    |       |
| 電話   | TEL ( )              |          |     |    |       |
| 連絡先  | 携帯電話 ※あくまでも緊急連絡の為です。 |          |     |    |       |

(該当する項目に記載してください。)

|      |                      |
|------|----------------------|
| 資格取得 | 指 導 員 西暦 年 月 日 於 会場  |
| 年 月  | 準指 導 員 西暦 年 月 日 於 会場 |

(B級検定員受検者は、C級検定員資格が必要です。)

|      |          |                 |        |
|------|----------|-----------------|--------|
| C級取得 | 西暦 年 月 日 | 前回クリニック<br>受講年月 | 西暦 年 月 |
| 年 月  |          |                 |        |