

セミナーお申込書

Fine Glide Winter Sports School

ふりがな			お申込日	年 月 日			
氏名			生年月日	年 月 日 歳			
住所	〒	学年	年生	性別	男・女		
		スキー歴	年 述べ滑走日数		日位		
		現在の技術					
		所持メダル	SIA SAJ その他				
携帯電話(本人)			宿泊先				
緊急連絡先(本人以外)				TEL			
お申込みセミナー							
	IT-G	ITゴールド合格対策+検定	1・2・3	JT-G	Jrゴールド合格対策+検定(中学生まで)		
	IT-S	ITシルバー合格対策+検定	1・2・3	JT-S	Jrシルバー合格対策+検定(中学生まで)		
	TE-B	ベーシッククリニック		EU-L	上級 快速ロングターン		
	TE-T	トータルクリニック		EU-S	中・上級 軽快ショートターン		
	TE-A	アドバンスドクリニック		SU-K	中級 小回りターン促成		
				SU-P	初・中級 パラレルターン促成		
備考							

ご記入の際のご注意

下記の赤文字をご確認の上ご記入ください。

青文字部分は、いずれかに○をしてください。

FAX:

12月～3月 / 0268-74-3322

4月～11月 / 0269-23-1216

ふりがな	難しい読み方の場合はふりがなをご記入下さい		お申込日	年 月 日				
氏名	楷書体でお書きください		生年月日	西暦	年 月 日 歳			
住所	〒	郵便物が届く住所をご記入ください	学年	小・中学生の場合	年生	性別 男・女		
			スキー歴	年 述べ滑走日数		日位		
			現在の技術					
			所持メダル	SIA SAJ その他 メダル、級、資格等				
携帯電話(本人)	※現地で連絡が取れる携帯電話番号		宿泊先					
緊急連絡先(本人以外)	※ご同行者様等の携帯電話番号			TEL				
お申込みセミナー								
該当箇所 に○	IT-G	ITゴールド合格対策+検定	該当箇所 に○	JT-G	Jrゴールド合格対策+検定(中学生まで)			
	IT-S	ITシルバー合格対策+検定		JT-S	Jrシルバー合格対策+検定(中学生まで)			
	TE-B	ベーシッククリニック		EU-L	快速ロングターン			
	TE-T	トータルクリニック		EU-S	軽快ショートターン			
	TE-A	アドバンスドクリニック		SU-K	中級 小回りターン促成			
			SU-P	初・中級 パラレルターン促成				
備考	ご入校に際して御心配なこと、インストラクターに伝えるべきこと等がありましたらご記入ください。							