

# 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	
		学年	年生	性別	男・女	
住所	〒	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			
		TEL				
携帯電話(本人)		宿泊先				
緊急連絡先(本人以外)			TEL			
<b>お申込みセミナー</b>			TE-B	ベーシッククリニック		
	IT-G ITゴールド合格対策+検定		TE-T	トータルクリニック		
	IT-S ITシルバー合格対策+検定		TE-A	アドバンスドクリニック		
	EU-L 上級 快速ロングターン		W2-B	WtoW ベーシックセミナー		
	EU-S 中・上級 軽快ショートターン		W2-P	WtoW パフォーマンスセミナー		
	SU-K 中級 小回りターン促成		W2-E	WtoW エレガントセミナー		
	SU-P 初・中級 パラレルターン促成		W2-A	WtoW アドバンスドセミナー		
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		生年月日	西暦	年	月 日 歳	
		学年	小・中学生の場合	年生	性別 男・女	
住所	郵便物が届く住所をご記入ください	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		
		TEL	ご自宅電話番号			
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			
<b>お申込みセミナー</b>			TE-B	ベーシッククリニック		
該当箇所に○	IT-G ITゴールド合格対策+検定	該当箇所に○	TE-T	トータルクリニック		
	IT-S ITシルバー合格対策+検定		TE-A	アドバンスドクリニック		
	EU-L 上級 快速ロングターン		W2-B	WtoW ベーシックセミナー		
	EU-S 中・上級 軽快ショートターン		W2-P	WtoW パフォーマンスセミナー		
	SU-K 中級 小回りターン促成		W2-E	WtoW エレガントセミナー		
	SU-P 初・中級 パラレルターン促成		W2-A	WtoW アドバンスドセミナー		
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。					