

スキー学校認定申請書およびバッジテスト(級別・ジュニア・スノーボード)共催願

西暦 年 月 日

一般財団法人 東京都スキー連盟会長 殿

団体No. \_\_\_\_\_

団体名 \_\_\_\_\_

団体長名 \_\_\_\_\_ 印

- 下記のスキー学校についてスキー学校認定規程第3条第3号の規程により認定を受けたいので、申請します。
- 下記のバッジテストについて全日本スキー連盟スキー(スノーボード)バッジテスト規程、スキー(スノーボード)バッジテスト基準及び実施要領に基づき共催金 \_\_\_\_\_ 円を添えて共催方承認願います。(バッジテストを共催願する場合は口に $\angle$ 記号を付記して下さい。)

記

スキー学校

開催期日	年 月 日 ~ 年 月 日
開催場所	
現地宿舎名	
受講予定者数	名
	講師名 指導者資格 有効年度
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
◎都連加盟の他団体および他県連からの派遣講師	
1	
2	
3	
4	

バッジテスト(スキー級別・スキージュニア・スノーボード)

テスト開催期日	年 月 日
テスト開催場所	
テストの種類	<input type="checkbox"/> 級別 <input type="checkbox"/> ジュニア <input type="checkbox"/> スノーボード
受検予定者数	名
	検定員名 検定員資格 有効年度
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
◎都連加盟の他団体および他県連からの派遣検定員	
1	
2	
3	
4	

傷害対策責任者名	
傷害保険会社名	
医療施設名	

◆申込記載担当者

氏名: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

- (注) 1. 有効年度はシクミネット内で確認してを記入すること。
2. 都連加盟の他団体および他県連からの派遣講師・派遣検定員は必ず派遣承認書を添付すること。
3. 医療施設名は「現地パトロール」または現地医療施設の名称を記入する。
4. テストの種類は「級別テスト」「ジュニアテスト」「スノーボード級別テスト」のいずれか1つだけに $\angle$ 印をつける。
5. 記入もれのある場合は、認定しない。
6. バッジテスト欄は、開催しない場合、記入不要とする。

※記載内容に不明な点があった場合、確認の連絡をさせて頂きまますので必ず記入して下さい。