

各加盟団体長 殿

兵庫県スキー連盟
会長 日村 豊彦

(公財) 全日本スキー連盟スキー指導者研修会・公認検定員クリニック開催要項

標記の(公財)全日本スキー連盟スキー指導者研修会・公認検定員クリニック(奥神鍋会場)を下記の通り開催いたしますのでご案内申し上げます。つきましては、貴加盟団体の指導員・準指導員の皆様にご案内下さいますよう、お願い申し上げます。

記

- 【主催】・スキー指導者研修会 (公財)全日本スキー連盟
・公認検定員クリニック 兵庫県スキー連盟
- 【期日】・2014年1月11日(土)～13日(月・祝)
- 【理論会場】・日高文化体育館 兵庫県豊岡市日高町祢布954-6
※駐車場は日高文化体育館、もしくは向い側の豊岡市役所支所の駐車場をご利用ください
- 【実技会場】・奥神鍋スキー場 兵庫県豊岡市日高町山田
- 【本部宿舎】・奥神鍋荘 兵庫県豊岡市日高町山田503-1 TEL 0796-45-0168
- 【受付】・1月 11日 12時20分～12時 50分 日高文化体育館
- 【開会式】・1月 11日 13時～ 日高文化体育館
- 【閉会式】・1月 13日 11時30分～ スキー学校横
- 【申込方法】・本年度は指向別班編成を行います。兵庫県スキー連盟の研修会申込書をご利用いただけない場合はSAJ様式1号の欄外に、1、従来型研修班 2、技術選指向班 3、ゆったり研修班 4、テレマーク班を、第一希望から第三希望までご記入ください。ご記入がない場合は従来型研修班とさせていただきます。
- ・(公財)全日本スキー連盟スキー指導者研修会申込書(SAJ様式1号)に記入押印の上研修会参加料(資料代含む)5,000円を添え、加盟団体を通じて一括でお申し込みください。
 - ・クリニック参加希望者は、クリニック参加申込書に必要事項を記入し、参加料3,000円を添え加盟団体を通じて研修会の申し込みと同時に申し込み下さい。
※クリニックだけの参加申し込みはできません。
 - ・現地での申し込みや個人での申し込みは、一切受付できません。
- 【申込期日】・2013年11月9日(土)必着
- 【申込先】・〒671-3232 兵庫県宍粟市千種町河内1203 井岡 希昭 方
「兵庫県スキー連盟 指導者研修会担当」
- 【送金先】・郵便振替口座 00900-9-282592 口座名 井岡 希昭(イオカ マリアキ)
- 【その他】① 研修会期間中の名札は、各自で用意ください。
② 参加料は、研修会中止以外返却いたしません。
③ SAJ会員証・ライセンスを必ず持参してください。
④ 「SAJスキー補償制度」(スポーツ賠償責任保険を含む)に準ずるスポーツ傷害保険等の傷害保険に加入済みのこと。
⑤ 研修会開催期間中の事故・ケガについては、すべて各自の責任となります。
⑥ 兵庫県主管研修会専用申込用紙は、県連HPよりダウンロードできます。

(公財)全日本スキー連盟スキー指導者研修会申込書

主 管	スキー連盟		
会 場 名	会 場		
フリカナ 氏 名		男 女	功労指導員・指導員(No) 功労準指導員・準指導員(No)
生 年 月 日	1 9	年 月 日	年齢 歳
加 盟 団 体	所属団体		
SAJ 登 録 番 号			
ス キー 保 険	会社名	保険NO	
住 所	〒 TEL() -		
勤 務 先 所 在 地	勤務先 所在地 〒	TEL() -	
資 格 取 得	功労指導員 指導員	年 月 (会場)
	功労準指導員 準指導員	年 月 (府・県 会場)
前 回 出 席 研 修 会	年 月 会 場		

(西暦で記入)

----- 切り取らないで下さい -----

公認検定員クリニック参加申込書

フリカナ 氏 名		加 盟 団 体		所持級	A B C
検 定 員 取 得 年 月 日		年 月		所持級NO	NO.
主 管 連 盟 ・ 会 場		連盟		会場	
前 回 クリニック 受 講 年 月 日		年 月 日			
実 施 主 管 連 盟 ・ 会 場		連盟		会場	

上記「個人情報」については、プログラム、行事運営及び事業報告書のみを使用することを同意します。

(公財)全日本スキー連盟スキー指導者研修会申込書

主 管	兵庫県スキー連盟			
会 場 名	奥 神 鍋 会 場			
フリカナ 氏 名		男 女	功労指導員・指導員(No) 功労準指導員・準指導員(No)	
生 年 月 日	1 9	年 月 日	年齢	歳
加 盟 団 体		所属団体		
SAJ登録番号				
スキー保険	会社名	保険NO		
住 所	〒 TEL() -			
勤 務 先 地 所 在 地	勤務先 所在地 〒 TEL() -			
資 格 取 得	功労指導員 指導員	年 月 (会場)	
	功労準指導員 準指導員	年 月 (府・県 会場)	
前 回 出 席 研 修 会	年 月 会 場			

(西暦で記入)

下記の欄に指向別の希望順を番号でご記入ください。

班編成	希望順位
従来型研修班	
技術選指向班	
ゆったり研修班	
テレマーク班	

※第3希望までご記入ください。ご記入がない場合は従来型研修班とさせていただきます。

----- 切り取らないで下さい -----

公認検定員クリニック参加申込書

フリカナ 氏 名		加 盟 団 体		所持級	A B C
検 定 員 取 得 年 月 日		年 月		所持級NO	NO.
主 管 連 盟 ・ 会 場	連盟		会場		
前 回 クリニック 受 講 年 月 日		年 月 日			
実 施 主 管 連 盟 ・ 会 場	連盟		会場		

上記「個人情報」については、プログラム、行事運営及び事業報告書のみを使用することを同意します。