

FAX送信方向

FAX0255-81-3130

TEAM ALBIREX
テクニカル・クラウン対策1dayCamp in ARAI

申込日	*記入不要
申込みNO.	*記入不要

受講申込書

フリガナ						生年月日	S・H	年	月	日生	年齢	才	
受講者氏名						血液型						性別	男・女
	(後援会会員NO)					加入保険・保険番号							
現住所	〒 _____					電話番号	-		-				
						携帯電話	-		-				
						E-MAIL	@						
緊急連絡先	氏名					電話番号	-		-				
参加区分	4/23・24参加(10,000円) 4/23参加(6,000円) 4/24参加(6,000円)												
経験年数	スキー歴 年(バッチテスト1級取得 昭和・平成 年・テクニカルプライズ取得 昭和・平成 年)												
所属	なし あり(所属名:)												
自己PR													

【免責同意書及び誓約書】

私は上記イベントに参加するにあたり、規定のルールに従い、自己責任において参加します。イベント参加に際して起こった死亡・負傷その他事故、及び損失・損害については、主催者・イベント後援および協賛社、本イベントの関係者に対して、いかなる責任も追求しません。また損害賠償を要求しないことを誓約します。またイベント期間中の私の肖像権(写真・ビデオ)の全てはイベント主催者に帰属するものとし、すべてを報酬無しで使用する権利を主催者に委ねることに同意いたします。

記入日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者署名 _____ 印 本人署名 _____ 印

*受講者本人が20歳未満の場合かならず記入ください。

----- 切り取り線 -----

お申し込み方法

上記申し込み用紙に必要事項を漏れなく記載してください

↓

下記住所宛に郵送あるいはFAXにてお申込みください。
 申込期間:平成17年2月21日(月)～4月20日(水)

〒944-2219
 新潟県中頸城郡妙高村原通76 全日本ウィンタースポーツ専門学校内
チームアルビレックス新潟スプリングキャンプ実行委員会 係 宛

FAXの場合は、0255-81-3130に送信

↓

申込書到着後、受付が完了次第、受付完了通知書兼確認書を送付

↓

開催当日に受講料をご持参ください。(FAX申込みの方は申込書原本も持参)

注意事項

定員に達し次第、申し込みを締切場合があります。ご了承ください。
 お申し込み後のキャンセルの場合、事前に実行委員会までご連絡ください。
 天候・ゲレンデ状況によりイベントが中止の場合のみ実行委員会より連絡を差し上げます。
 必ず各自で傷害保険に加入してください。