

平成 年 月 日

C級公認検定員クリニック申込書【会場名】

クラブ名		クラブ代表者氏名	
記載責任者氏名		記載責任者携帯	

1	登録番号		氏名		性別		生年月日		年 月 日	受付 番号	
	住所	〒						年齢			歳
	会場	理論会場	高山会場	・	聖徳会場	実技会場	鷲ヶ岳	・	チャオ		
	加入障害賠償保険	会社名						クリニック受講 3,000円	オフィシャルブック 2,300円		
	保険所番号						指導員	・	準指導員		
2	登録番号		氏名		性別		生年月日		年 月 日	受付 番号	
	住所	〒						年齢			歳
	会場	理論会場	高山会場	・	聖徳会場	実技会場	鷲ヶ岳	・	チャオ		
	加入障害賠償保険	会社名						クリニック受講 3,000円	オフィシャルブック 2,300円		
	保険所番号						指導員	・	準指導員		
3	登録番号		氏名		性別		生年月日		年 月 日	受付 番号	
	住所	〒						年齢			歳
	会場	理論会場	高山会場	・	聖徳会場	実技会場	鷲ヶ岳	・	チャオ		
	加入障害賠償保険	会社名						クリニック受講 3,000円	オフィシャルブック 2,300円		
	保険所番号						指導員	・	準指導員		
4	登録番号		氏名		性別		生年月日		年 月 日	受付 番号	
	住所	〒						年齢			歳
	会場	理論会場	高山会場	・	聖徳会場	実技会場	鷲ヶ岳	・	チャオ		
	加入障害賠償保険	会社名						クリニック受講 3,000円	オフィシャルブック 2,300円		
	保険所番号						指導員	・	準指導員		

* クリニックのみの受講でも、オフィシャルブックの購入をお願いします。

クリニック受講者受講料	3,000	円		名		円
オフィシャルブック代金	2,300	円		名		円
合計						円

受領確認		
H	年	月 日
円		