|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| ・該当箇所□に、チェック✔をいれる | | | | | | | | | | | | | | |
| **2023年度 山口県認定パトロール検定受検願書** | | | | | | | | | | | | | | |
| 受検料 | |  | |  |  | 所属県連　 　 県 | | | |  | | ※検定会場受検番号 | | |
|  | | | | ＳＡＪ登録番号 | | | |  | | |
| Ｎo. | | | |
|  | | | | | 合 | | 否 |
| 山口県スキー連盟会長　殿 | | | | |  | |  |
|  | | 記入年月日(西暦)　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | 男女 | 生年月日 | | 西暦　　 年　　 月　 日 | | | |
| 氏 名 | |  | | | | | |
| 職 業 | |  | | | | | | 所属ｸﾗﾌﾞ | | |  | | | |
| 自宅住所 | | 〒 TEL | | | | | | | | | | | | |
| 技術・指導資格  合格年月 | | | □クラウン □テクニカル □１級  □指導員　 □準指導員 | | | | | | | 西暦　　 　年　 　月 | | | | |
| 救急法救急員等　　　取得年月日 | | | □救急法救急員  □救急Ⅰ課程 □なし | | | | | 西暦　 　年　 　月　 日 第　　 号 | | | | | | |
| 医師等  取得年月日 | | | □医師　 □准看護師  □看護師 □救急救命士 | | | | | 西暦　 　年　 　月　 日 第　　 号 | | | | | | |
| パトロ  ール歴 |  | | | | | | | | | | | | 受検回数 | |
|  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 山口県スキー連盟受領印  印 | | | | | | | 所属団体代表者氏名  印 | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 申込先　山口県スキー連盟  ※ 申込書は、所定の期日までに必要書類と共に、郵送またはE-mail（PDF）で提出する。  【個人情報の取り扱いについて】  この個人情報は、本行事の運営のみに使用します。 | | | | | | | | | | | | | | |