

石川県スキー連盟会長 殿

平成20年度石川県スキー連盟強化候補選手の指定について承引いたします。  
石川県スキー連盟の強化事業にはできる限り、参加いたします。

選手氏名 印

生年月日 年齢

自宅住所

自宅Tel

携帯Tel

メールアドレス(パソコン)

メールアドレス(携帯)

所属・学校

所属・学校住所

上記選手が強化指定を受けることに同意します。

保護者名 印

中学生、高校生は保護者の同意を受けてください。  
個人情報石川県スキー連盟の事業の連絡以外に使用いたしません。