

2017 年度公益財団法人日本水泳連盟 シンクロバジテスト検定開催実施要項

- (1) 主 催 公益財団法人日本水泳連盟
 (2) 主 管 公益財団法人日本水泳連盟シンクロ委員会

日 時	東 京 会 場	大 阪 会 場
	2017 年 4 月 1 日 (土)	2017 年 10 月 22 日 (日) 2
会 場	東京辰巳国際水泳場 (メインプール) 東京都江東区辰巳 2-8-10	大阪府立門真スポーツセンター (東和薬品 RACTAB ドームサブプール) 大阪府門真市大字三ツ島 3-7-16
検 定	受 付 13:30 検定開始 14:00 検定終了 17:00	受 付 12:30 検定開始 13:00 検定終了 17:00

※ 受検人数により検定時間が変更となる場合があります

- (3) 受検資格 小学生以上の男女
 (4) 申込制限 1人3ステージまでとし、ステージ1から順次検定する。(合格認定保留制度あり)
 上位ステージを受検する者は取得(合格ステージ)を証明できるものが必要。
 (5) 申込方法 申込みには指定のエントリーフォームを使用し、所定事項を記入の上
 (6) 宛申し込む。

- ① バジテスト申込書(18歳未満は誓約書に記入、押印)
- ② 受検者リスト(フォームは日本水泳連盟ホームページより取得する)を
プリントアウトしたもの。
- ③ 検定料等の振込用紙のコピー
- ④ 上位ステージの受検者は取得(合格ステージ)を証明する
もの(認定証のコピー等)
- ⑤ ②を保存したCD-R
- ⑥ 合格認定保留制度を利用する者は「合格認定保留申請書」のコピー
以上の①～⑥を下記に郵送する。

※できるだけクラブで取りまとめてお申し込み下さい。

- (6) 申込先 〒150-8050
 東京都渋谷区神南1-1-1 岸記念体育会館内
 公益財団法人 日本水泳連盟シンクロ委員会
 ○○会場 バジテスト係
 (東京、大阪会場のいずれかの会場名を明記)

(7) 検定料	ステージ1～6	各1,500円
	ステージ7～15	各2,000円

郵便局備え付けの用紙を利用し、下記の口座にお振込み下さい。

郵便振替口座	00130-1-5178
口座名義	公益財団法人 日本水泳連盟

入金の際は払込取扱票の「通信欄・ご依頼人」欄に以下①～④を必ず記載してください。

- ① シンクロバジテスト検定実施日及び会場名
- ② 検定料 ステージ1～6 @1,500円 × 受検者数
 ステージ7～15 @2,000円 × 受検者数
- ③ 団体名
- ④ 連絡責任者の住所、氏名、電話番号

(8) 締切日	東京会場	2017年 3月 13日 (月)
	大阪会場	2017年 10月 2日 (月)

- (9) その他
- 『バジテストの手引き』については日本水泳連盟ホームページよりダウンロードできます。
- シンクロバジテスト合格認定保留制度については詳細を日本水泳連盟のホームページからご確認の上、該当者の申請をお願いいたします。

以上

2017 年度シンクロバジジテスト検定申込書

受検会場	東京会場	大阪会場
(○をつける)		

フリガナ		申込年月日	年	月	日
氏名		男 女	生年 月日	年	月 日生
住所	〒		電話 番号		
加盟 団体			所 属		
受検ステージを記入してください (3ステージ同時受検可)					
ステージ ()					
ステージ ()					
ステージ ()					

検定料 ステージ1～6 各1,500円 ステージ7～15 各2,000円

検定料	1,500円	ステージ	
	2,000円	ステージ	
合計			円

※納入後の返金はできません

誓 約 書

私は、シンクロバジジテストの申し込みを致します。
また、バジジテストには自己の責任において健康管理を行い、万全の体調で参加することを誓約いたします。

申込者氏名 _____ 保護者氏名 _____ (印)

※18歳未満の場合、保護者の承認が必要です