

2007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	9月24日(月)	6月17日(日)

フリガナ			申込年月日	年	月	日
氏名		男 女	生年 月日	年	月	日生 歳
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13~15は免除対象者のみ受検できます			
ステージ ()			ナショナル選手 200__年度N ()			
ステージ ()			全国 JOC・JO 杯 フォイユア____位			

検定料 ステージ1~6 各1,500円 ステージ13~15 各2,000円

検定料	1,500円	ステージ	円
	2,000円	ステージ	円
ビデオ申込	3,500円	本	円
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 _____

18歳未満の場合、保護者の承認が必要です