

2008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	5月18日(日)	10月26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 ()						
ステージ ()						

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
合 計			円

納入後の返金はありません

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