

## 2009年度シンクロバジジテスト検定申込書

<b>受検会場</b>	東京会場	大阪会場
○をつける	10月18日(日)	10月11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			
<b>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)</b>						
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 \_\_\_\_\_ ⑩

※ 18歳未満の場合、保護者の承認が必要です