

2010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	6月 6日(日)	10月10日(日)

フリガナ			申込年月日	年	月	日
氏名		男	生年	年	月	日生
		女	月日			
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	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 _____ 印

※ 18歳未満の場合、保護者の承認が必要です