



千葉県連盟 第\_\_\_\_\_回安全セミナー申込書

平成 年 月 日申込

[期日] 平成 年 月 日 ( ) [場所] \_\_\_\_\_

ふりがな 氏名			性別	男・女
	(印)			
住所	(〒 - )			
	電話 ( ) - / FAX ( ) -			
e-mail	(注:アドレスはわかりやすくお書きください)			
携帯電話	※携帯電話をお持ちでない場合は、確実に連絡のとれる電話番号をお書きください。			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳 月)			
所属	_____連盟 (_____地区) _____第_____団 _____隊 役務_____			
登録番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	地区・県連盟役務		
ボーイスカウト 講習会	開設県連盟_____県連盟		修了年月日	修了番号_____
	第_____回 ボーイスカウト講習会		昭和・平成 年 月 日	
ウッドバッジ 研修所	_____課程_____第_____期		履修年月日	昭和・平成 年 月 日
	所長名_____			
団委員研修所	_____第_____期		履修年月日	昭和・平成 年 月 日
	所長名_____			
その他研修歴：(上記の他に修了している研修所・実修所がありましたら、記入してください)				
特記事項： ※医療・救急・保険業務等に関する公的資格・民間資格など ※健康面で留意すること（特に食物アレルギーなど記入する必要がある場合）	団委員長 の同意	平成 年 月 日	(印)	
	地区コミッショナー の推薦	平成 年 月 日	(印)	
	県連盟コミッショナー の推薦	平成 年 月 日	(印)	

※記載された個人情報は、指導者訓練以外には使用しません。