

2016 年度公益財団法人日本水泳連盟

シンクロバジテスト検定開催実施要項

- (1) **主 催** 公益財団法人日本水泳連盟
(2) **主 管** 公益財団法人日本水泳連盟シンクロ委員会

	東 京 会 場	大 阪 会 場
日 時	2016 年 4 月 23 日 (土)	2016 年 10 月 2 日 (日)
会 場	東京辰巳国際水泳場 (ダイビングプール) 東京都江東区辰巳 2-8-10	大阪府立門真スポーツセンター (東和薬品 RACTAB ドームサブプール) 大阪府門真市大字三ツ島 3-7-16
検 定	受 付 13:30 検定開始 14:00 検定終了 17:00	受 付 12:30 検定開始 13:00 検定終了 17:00

※ 受検人数により検定時間が変更となる場合があります

- (3) **受検資格** 小学生以上の男女
- (4) **申込制限** 1人3ステージまでとし、ステージ1から順次検定する。(合格認定保留制度あり)
上位ステージを受検する者は取得(合格ステージ)を証明できるものが必要。
- (5) **申込方法** 申込みには指定のエントリーフォームを使用し、所定事項を記入の上
(6)宛申し込む。
- ① バジテスト申込書(18歳未満は誓約書に記入、押印)
 - ② 受検者リスト(フォームは日本水泳連盟ホームページより取得する)を
プリントアウトしたもの。
 - ③ 検定料等の振込用紙のコピー
 - ④ 上位ステージの受検者は取得(合格ステージ)を証明する
もの(認定証のコピー等)
 - ⑤ ②を保存したCD-R
 - ⑥ 合格認定保留制度を利用する者は「合格認定保留申請書」のコピー
以上の①~⑥を下記に郵送する。
- ※できるだけクラブで取りまとめてお申し込み下さい。
- (6) **申込先** 〒150-8050
東京都渋谷区神南1-1-1 岸記念体育会館内
公益財団法人 日本水泳連盟シンクロ委員会
○○会場 バジテスト係
(東京、大阪会場のいずれかの会場名を明記)
- (7) **検定料** ステージ1~6 各1,500円
ステージ7~15 各2,000円

2016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)		

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 _____ (印)

※ 18歳未満の場合、保護者の承認が必要です