



TO:スノークエスト・スキースクール (0268-74-3150)

FROM:

<レッスンお申込みフォーム>

お名前
フリガナ:

ご希望クリニック
期 クリニック名:

スキーレベル※チェックを入れてください。
<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> ハの字 <input type="checkbox"/> プルークボーゲン <input type="checkbox"/> シュテムターン <input type="checkbox"/> パラレルターン <input type="checkbox"/> パラレルターンとゆっくりなウェーデルン <input type="checkbox"/> ウェーデルン <input type="checkbox"/> 検定() <input type="checkbox"/> その他()

オプション※レッスン・お部屋のアレンジをお入れください。

ご住所
〒

連絡先電話番号
TEL:
FAX:

生年月日
年 月 日生

リフト券の有無(2/11迄)
<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

備考※ご質問などご不安な点をお入れください。