ハンディキャップ受験申請書

No.（　　－　　）

神奈川県ボールルームダンス連盟
技術検定運営委員会　　殿

平成　　年　　月　　日に実施される技術検定試験を受験するにあたり
次の受験者のハンディキャップ受験を申請いたします。

教室名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請責任者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

平成　　年　　月　　日　申請

背番号	（ふりがな） 受験者氏名	性別	受験級 スタンダード	受験級 ラテンアメリカン	パートナー
		男・女	級	級	
ハンディキャップ申請理由		年齢が７０歳以上　　身体的なハンデキャップ その他（　　）　の為			

背番号	（ふりがな） 受験者氏名	性別	受験級 スタンダード	受験級 ラテンアメリカン	パートナー
		男・女	級	級	
ハンディキャップ申請理由		年齢が７０歳以上　　身体的なハンデキャップ その他（　　）　の為			

神奈川県ボールルームダンス連盟
技術検定運営委員会

［KBDF様式　技検３］