

2017年度 シンクロバジジテスト検定開催実施要項（神奈川）

1. 主催 一般社団法人 神奈川県水泳連盟
2. 主管 一般社団法人 神奈川県水泳連盟 シンクロ委員会
3. 検定者 公益財団法人 日本水泳連盟 シンクロ委員会 検定員
4. 日時 2017年12月9日（土） 13:00～16:30
 - ・受付 12:15 ※ 受検人数により検定時間が変更となる
 - ・検定開始 13:00 場合があります
5. 定員 120名（定員になり次第、申込受付終了となります）
6. 会場 横浜国際プール（サブプール）
横浜市都筑区北山田7-3-1（TEL 045-592-0453）
7. 受験資格 小学生以上の男女
8. 申込制限 1人3ステージまで受検可能、ステージ1から順次受検すること
※ 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
必要です
※ 「シンクロバジジテスト合格認定保留制度」については以下の URL より
ご確認ください。
<http://www.swim.or.jp/upfiles/1427785623-syn1426.pdf>
9. 申込方法 バジジテスト検定申込書（18歳未満は誓約書の記入も必要）を記入の上、
下記申込先へお申込みください。
受検名簿（EXCEL）も合わせて下記申込先のメールアドレス宛てに送付を
お願いします。（ファイル名にクラブ名を入れて下さい）
※ 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）を同封してください
※ 合格認定保留ステージの再受検免除を申請する場合は、
（公財）日本水泳連盟の認定を受けた合格認定保留申請書のコピーを同封し
てください。

10. 申込先 〒251-0043
神奈川県藤沢市辻堂元町3-2-18-2B
神奈川県水泳連盟シンクロ委員会 バッジテスト係
- 受検者名名簿（EXCEL データ）送付アドレス
synchrokanagawa@gmail.com
11. 申込受付期間 2017年11月15日（水）～11月19日（日）必着
※ 申込受付後、申込担当者様へご連絡いたします（11/20頃）
必ず申込担当者様の連絡先番号を同封してください
12. 検定料 1～6ステージ 1ステージにつき1,500円
7～15ステージ 1ステージにつき2,000円
※ **11月27日～30日の間にクラブ毎にまとめてお振込み下さい**
※ 当日参加されなくても返金はできません

<p><振込み先> みずほ銀行 辻堂支店 加入者名：一般社団法人神奈川県水泳連盟 口座番号：普通 2113466</p>
--

13. 注意事項 ①申込締切日を過ぎての申込、定員に達してからの申込は受け付けできません。
②シンクロバッジテスト実施の手引き、「シンクロバッジテスト合格認定保留制度」<http://www.swim.or.jp/upfiles/1427785623-syn1426.pdf> をご参照の上お申し込下さい。
14. 問合せ 神奈川県水泳連盟シンクロ委員会シンクロバッジテスト実行委員
松本日女子 (tel 090-4946-7506)

以上

2017年度シンクロバジジテスト（神奈川県会場）

検定申込書

フリガナ		申込年月日	年 月 日
氏名		男 女	生年 月日 年 月 日生
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（ ）	- 備考欄 -		
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 _____



※18歳未満の場合、保護者の承認が必要です