ALL JAPAN GOJURYU KARATEDO SEIWAKAI

APPLICATION FORM FOR TESTING

To Seiwakai president Mr. Seiichi Fujiwara

Held on _____・_____・_____ (Day - Month - Year) Held at :

NAME (名前）		
MEMBERSHIP NO. (会員番号）		
COUNTRY	**Belgium**	
DATE OF BIRTH (生年月日）		
Address(住所) Tel&Fax (電話番号・ファクス)		
DATE OF STARTING KARATE		
PRESENT GRADE（現段級）	**ATTEMPTED GRADE (受審段位)**	

FOR OFFICIAL USE

RESULT DAN (決定段位) （段）	**CERTIFICATE NO. （免状番号）**
CERTIFIED THE ABOVE 上記の通り認定した。	**DATE: / /**
BY CHIEF EXAMINER (審査委員長)	**BY CHIEF OF TESTING COMMITTEE (段位委員会委員長）**
NAME（名前）_____	**NAME（名前）_____**
SIGNATURE(署名)_____	**SIGNATURE(署名)_____**