



2018 浦和レッズハートフルクリニックサッカーキャラバン派遣依頼書

FAX 048-840-5503 (24 時間) TEL 048-840-5502 (火～金 10:00-17:00)

<ご依頼団体名>	
<派遣希望日> (2時間ぐらいを目安にして下さい)	
第一希望	年 月 日 () 時間帯 : から : まで
第二希望	年 月 日 () 時間帯 : から : まで
<派遣場所>	
グラウンド名	グラウンド
グラウンドの広さ	
住所	(出来るだけ正確に)
<人数>	
対象人数	名 帯同指導者数 名
学年 (年齢層)	小1 名 小2 名 小3 名 小4 名 小5 名 小6 名
その他 (男女・大人等)	名
<ご担当者連絡先>	
ご担当名	(ご担当者様 1名)
携帯電話	(日中に連絡先)
TEL	FAX
E-mail	(もしあれば)
<天候による有無>	雨天決行・雨天中止 (中止の際の最終判断時間 時ごろ)
*キャラバン費金額	
振込先	埼玉縣信用金庫 浦和支店 普通 2284831 ウラワレットダイヤモンドズ (カ)
振込期限	キャラバン実施後 1 週間以内にご入金ください。(厳守) 必ず開催日と依頼団体名で振込みをお願い致します。
振込例)	2018 年 7 月 23 日開催、レッズサッカー少年団 振込名義 → 180723 レッズサッカーショウネンダン
振込期限終了後に入金の場合、お手数ですがお電話にて入金のご連絡をお願いします。	
*実施前の 1 週間前後に、担当コーチから最終確認のご連絡を致します。	
*派遣希望日が重なってしまった場合は日程調整のご協力もしくは実施できない場合もございます。	
*その他、お気付きの点があれば下記に記入して下さい。	
<書き込み欄> 実施における希望事項など書き込んでください	

振込先が変更になりました。
ご注意ください。

ハートフルクラブ事務局返信記入欄

派遣日	/	入金確認欄	/	/	FAX 返信
-----	---	-------	---	---	--------