



2018 浦和レッズハートフルクリニック 小学校授業サポート派遣依頼書

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

＜ご依頼小学校名＞	
＜派遣希望日＞	
①	年 月 日 () 時 分から 時 分まで
②	年 月 日 () 時 分から 時 分まで
③	年 月 日 () 時 分から 時 分まで
(月・金曜日をなるべく除く平日・小学6年生限定・実技指導は午前中3コマまでとなります)	
＜派遣場所＞	
グラウンド名	小学校 グラウンド
住 所	(出来るだけ正確に)
＜人数＞	
合計対象人数	名 指導者数 名
クラス数・各組の人数	
＜ご担当者連絡先＞	
ご担当名	(ご担当は1人に)
携帯電話	(日中に連絡します)
TEL	FAX (日中に連絡します)
E-mail	(もしあれば)
＜天候による有無＞	
雨天決行(体育館使用可・不可)・雨天中止(中止の際の最終判断時間 時ごろ)	
*実施前の1週間前後に、担当コーチから詳細の最終確認のご連絡をさせていただきます。	
*授業のコマ数は3クラスまでは1クラスずつ、それ以上は2クラス合同で3コマまでとなります。	
*1コマ目、落合キャプテンのハートフルトーク、2コマ目に実技指導を実施します。	
*ハートフルトーク	
大変恐縮ではございますが60分間のお時間をいただきます。	
体育館以外の教室(多目的室等)・ホワイトボードの準備をお願いします。	
*昼食の準備は必要ありません。終了後懇談できれば幸いです。	
*派遣希望日やお申込み多数の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＞	

ハートフルクラブ事務局返信記入欄

派遣日	/	講話別日	/	:	～	:	/	FAX 返信
-----	---	------	---	---	---	---	---	--------