



## 2018 浦和レッズハートフルクリニック レッズキッズサッカー派遣依頼書

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

<ご依頼幼稚園・保育園名>	
<派遣希望日>	
第1希望	年 月 日 ( ) 開始時間 から まで
第2希望	年 月 日 ( ) 開始時間 から まで
第3希望	年 月 日 ( ) 開始時間 から まで
(月・金曜日を除く平日・年長満6歳児限定・午前中4クラスを限度で1クラスずつにして下さい)	
<派遣場所>	
場 所	幼稚園・保育園・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
年長クラス数・各組の人数	
<ご担当者連絡先>	
ご担当名	(窓口は1人にて)
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 (ホールなどの代替場所 有・無)	
雨天中止 (中止の際最終判断時間 時)	
*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。 それまでに希望の実技の順番等、詳細を担当コーチと調整お願いいたします。	
*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。	
*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。	
*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	/	/	FAX 返信
-----	---	---	--------