

お手数ですが予めご希望日を事務局にご確認のうえ、FAXにてお申込み下さい。
よろしくお願ひ致します。

FAX 048-840-5503 (24時間)

TEL 048-840-5502 (火～金 10:00-17:00)

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

<ご依頼団体名>	
<派遣希望日> 2011年 月 日 () 時間帯 : から : まで (2時間ぐらいを目安にして下さい)	
<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 _____ (窓口は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・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 振り込み期限	5,000円(荷物運搬費・用具備品などの実費として) 武蔵野銀行 浦和支店 普通口座051669 「(株)三菱自動車フットボールクラブ」まで 必ず 依頼団体名 にて振込みをお願い致します。 キャラバン1週間前まで(厳守)
*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。 それまでに詳細を確定していただき、キャラバン費用の振込みを完了してください。 *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	