

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。

よろしくお願い致します。

**FAX 048-840-5503** 浦和レッズハートフルクラブ事務局 行

**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 小学校授業サポート派遣依頼書

<ご依頼小学校名>

<派遣日・または希望日>

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

(小学6年生限定・ハートフルトーク後実技指導は午前中3コマまでとなります。)

<派遣場所>

場 所 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ (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 (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時間目に落合キャプテンのハートフルトーク、その後に実技指導を実施します。

(ハートフルトーク=部屋・VHSビデオ・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。

\*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