

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・レッズキッズサッカー派遣依頼書

<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

(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。

\*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>