



### 2017 年度 キッズリーダー派遣依頼書 (追加分)

依頼コース	回数	金額
実費負担	3,000 円 × 回	円

園 名: \_\_\_\_\_

代表者名: \_\_\_\_\_ (かな \_\_\_\_\_)

担当者名: \_\_\_\_\_ (かな \_\_\_\_\_)

住 所: 〒 \_\_\_\_\_

T E L: \_\_\_\_\_ F A X: \_\_\_\_\_

E - mail: \_\_\_\_\_

在籍予定数 5才児 人 ・ 4才児 人 ・ 3才児 人

必要事項を記入の上、滋賀県サッカー協会(077-585-0983)へ Fax してください。

滋賀県サッカー協会からのご連絡

2017 年 月 日

派遣シール	回分を同封します
キッズリーダー	TEL

※ 園 と キッズリーダー で連絡を取り合って、初回をスタートしてください。

※ 派遣終了後は、速やかにキッズリーダーと滋賀県サッカー協会の双方へ派遣報告書を FAX して下さい。

※ 実費負担金のお振り込みは 滋賀銀行 栗東支店 (普) 830055 に 2018 年 3 月 31 日迄 お願いします。(振込手数料はご負担下さい)

※ 改めて請求書が必要な際は、ご連絡下さい。