



Kids Program Shiga

公益社団法人 滋賀県サッカー協会

2020 年度 キッズリーダー派遣依頼書

キッズサッカー教室（キッズリーダー派遣事業）を希望いたします。

ご希望のコースに ○印 をお願い致します。			
	無料回数3回のみ		
	無料回数3回 + 希望回数 _____ 回（実費負担 _____ 円） 希望回数・実費負担（3,000 円／1 回）をご記入下さい。		
園 名			
担 当 者 名	(かな： _____)		
住 所	(〒 _____)		
T E L			
F A X			
E-mail			
在 籍 予 定 数	5 歳 児 _____ 人	4 歳 児 _____ 人	3 歳 児 _____ 人

※ 必要事項をご記入の上、滋賀県サッカー協会（077-585-0983）へ Fax 下さい。

滋賀県サッカー協会からのご連絡

令和 _____ 年 _____ 月吉日

派 遣 シ ー ル	派遣シール _____ 回分 を同封します。	
キッズリーダー		連絡先 _____

- ※ 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 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 2021 年 3 月 31 日迄です。
(振込手数料はご負担下さい。実費負担金をご持参くださる場合は、協会までご連絡下さい。)
- ※ 改めて請求書が必要な際は、ご連絡下さい。