

平成 29 年 4 月 1 日

各所属長
各指導者 殿

公益社団法人 滋賀県サッカー協会
会長 松田 保
(公印略)

平成 29 年度 前期滋賀県サッカートレーニングセンター
U-15 女子セントラルトレセン選考会について

陽春の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。平素は、滋賀県サッカー協会に対しまして、格別のご協力を賜り厚く御礼を申し上げます。

さて、平成 29 年度滋賀県サッカートレーニングセンターを開設することとなりました。

つきましては、下記の要領で選考会を開催しますので、貴所属の優秀な選手をご推薦頂き、滋賀県サッカートレーニングセンターの選手として、選考会に参加して頂ますよう宜しくお願い申し上げます。

記

- 1.日 時 平成 29 年 4 月 22 日(土)18:00~21:00(集合 17:15)
- 2.会 場 野洲川歴史公園サッカー場(ビッグレイク)
- 3.対 象 滋賀県サッカー協会に 3 種登録している女子中学生、及びクラブチーム所属の女子中学生
- 4.内 容 トレーニング(ナショナルトレセン U-15 女子トレーニング等)
- 5.参加資格 特別な理由がない限り、トレセン活動を最優先し、トレセンの練習会や遠征・各種大会に参加できる者
- 6.そ の 他 ①スポーツ安全保険に加入していること
②参加同意書を必ず持ってくること
③参加申し込みは Excel で、1.所属チーム名(中学校名)、2.選手名、3.ポジション(できれば複数)、4.特徴、5.トレセン歴を記入し、下記のアドレスにメールで送信して下さい。
- 7.問い合わせ 滋賀県女子トレセン U-15 担当 鳥飼 健一
TEL 080-1935-1380
Mail torikai@rena.e-kamone.com

以上

..... き り と り

参加同意書

公益社団法人 滋賀県サッカー協会
会長 松田 保 殿

このたび行われる平成 29 年度滋賀県サッカートレーニングセンター(U-15 女子)セントラルトレセン選考会に参加することを同意します。

平成 29 年 月 日 選手名 _____ (所属チーム) _____