



Kids Program Shiga

公益社団法人 滋賀県サッカー協会

2018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

平成 30 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2019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。