

サッカー巡回指導申込書

連絡先:リリーウルフ.F石川

園連絡先	ふりがな					当巡回指導の希望回数(1クラスあたり)	
	担当者氏名					1回 ・ 2回 ・ 3回 (1クラス年間3回まで無料となります)	
	住所	〒					
	連絡先	TEL					
		FAX					
担当者携帯番号							
メール							
連絡に関する留意点	※連絡させて頂くうえで、連絡時間帯などで注意する点等ございましたら、ご記入ください						
開催場所	園庭	園庭の広さ(だいたいOKです)		ホール	ホールの広さ(だいたいOKです)		
		m × m			m × m		
	その他の施設(グラウンドや体育館使用の場合)	施設名称			施設の広さ(だいたいOKです)		
		住所			m × m		
参加人数	年長	名	年中	名	合計	名	
※希望日時	①	年	月	日 ()	時間帯:	～	
	②	年	月	日 ()	時間帯:	～	
	③	年	月	日 ()	時間帯:	～	
雨天の場合	ホール ・ 延期(月 旬)			グループ	・クラスごと (クラス)		
	当日連絡の取れる方の携帯番号				・その他 ()		
撮 影	可 ・ 不可 ※活動風景を当クラブホームページに掲載します。						
駐車場	あり 台 ・ なし ※最大2台で伺います						
【ご要望等がございましたら、ご自由にお書きください】 ※巡回可能日時 月:終日○ 火:～10:30または15:00～ 水:～10:30または15:00～ 木:終日○ 金:～10:30または15:00～							