

LASELVAROI FC キッズ巡回サッカー教室 申込書

LASELVAROI FCキッズ巡回サッカー教室の主旨に賛同し、巡回指導を申し込み致します。

施設名	代表者名
担当者名(役職)	TEL
所在地 〒	FAX
	MAIL

・希望回数 () 回
 1回 4,000円(税込)
 ※1回… 60分間を上限とし、人数は30名を上限とする
 (参加団体の都合上、時間、人数が増える場合はご相談ください。)

・対象 幼児(基本的に4～5歳の年中クラス以上)まで ※年少(3歳児)については応相談
 ※希望する年齢をできるだけ詳しく記入ください。 例)年中11名、年長13名 計24名

・雨天時 ホール / 隣接施設の場合()

※日程調整の都合上、必ず第3希望日までご記入ください。
 ※親子行事を希望の場合は、回数の横に☆を記入してください。

回数(親子は☆)	第1希望	第2希望	第3希望	開始時刻	～ 終了時刻	年齢	人数	費用
1回目	月 日()	月 日()	月 日()		～	歳児	名	¥4000税込
2回目	月 日()	月 日()	月 日()		～	歳児	名	¥4000税込
3回目	月 日()	月 日()	月 日()		～	歳児	名	¥4000税込
4回目	月 日()	月 日()	月 日()		～	歳児	名	¥4000税込
5回目	月 日()	月 日()	月 日()		～	歳児	名	¥4000税込
6回目	月 日()	月 日()	月 日()		～	歳児	名	¥4000税込
7回目	月 日()	月 日()	月 日()		～	歳児	名	¥4000税込
8回目	月 日()	月 日()	月 日()		～	歳児	名	¥4000税込
9回目	月 日()	月 日()	月 日()		～	歳児	名	¥4000税込
10回目	月 日()	月 日()	月 日()		～	歳児	名	¥4000税込

・その他の要望(支払方法のご相談や施設交流対抗試合の申込等がありましたら、記入ください)

メール lselvaroi@yahoo.co.jp
 FAX 022-765-8140