



2025 浦和レッズハートフルクリニックレッズキッズサッカー派遣依頼書

派遣依頼書送信先(浦和レッズハートフルクラブ事務局)FAX : 048-840-5503

お問い合わせ先 MAIL: heart-full@urawa-reds.co.jp

<ご依頼幼稚園・保育園名>

<派遣希望日>
実技1組目 : ~ :
第1希望 年 月 日 ()
実技2組目 : ~ :
第2希望 年 月 日 ()
実技3組目 : ~ :
第3希望 年 月 日 ()
実技4組目 : ~ :
※月・金曜日を除く平日・年長満6歳児限定 ※実技時間は1組45分前後目安でご記入ください
※実技は3組まで1組ずつ、4組以上は2組合同となる場合がございます

<派遣場所>
場所 幼稚園・保育園・グラウンド
住所 (出来るだけ正確に)

<人数> ※年長限定
合計対象人数 名
年長クラス数 クラス
各組の組名と人数 ① 組 名② 組 名③ 組 名④ 組 名

<確認事項> ・雨天時のホール又は体育館使用可否(○をしてください) 可 ・ 不可
・雨天時の実技の時間について → 晴天時と変わる場合は以下ご記入ください
実技1組目 : ~ : 実技2組目 : ~ :
実技3組目 : ~ : 実技4組目 : ~ :
・車両進入経路及び駐車位置についてご記入ください (学校○○側○○門より校庭へ。現地指示に従う等)
●トラック(高さ3mの2tトラック1台) ●普通車(2~3台)

<ご担当者連絡先>
ご担当名 (ご担当者様1名)
↓↓必ずご記入ください! お時間のご都合もあるかと思ひますし、連絡内容の相違を防ぐためメールでやり取りをさせて頂く場合がございます。
※heart-full@urawa-reds.co.jp よりご連絡いたします。
メールアドレス @
TEL FAX (日中に連絡します)

※1クラスの場合、他の園合同のお願いや、1クラスを同日2園伺う場合がございますので、1クラスでお申込みされる園につきましては時間の調整をお願いする場合がございます。ご協力のほどよろしくお願いいたします。
*実施の1か月前に、担当コーチから詳細の最終確認のご連絡をさせていただきます。
*昼食等の準備は必要ありません。
*実技中での写真等を、浦和レッズ及び浦和レッズパートナーの広報・宣伝等で使用させていただく事があります。
*派遣希望日やお申込み多数の場合は日程調整のご協力もしくは実施できない場合もございます。

ハートフルスクールに関するチラシを参加して頂いた年長さんに ハートフルクラブ事務局返信記入欄
配布のご協力をさせていただくことは可能でしょうか。
はい いいえ
派遣日 / / FAX 返信