



URAWA REDS

Heart-full Club

# 2024 浦和レッズハートフルクリニックサッカーキャラバン派遣依頼書

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

<b>&lt;ご依頼団体名&gt;</b>	
<b>&lt;派遣希望日&gt;</b>	※最大 2 時間ぐらいを目安にして下さい(開会式、閉会式、写真撮影含む)
第一希望	年 月 日 ( ) 時間帯 : から : まで
第二希望	年 月 日 ( ) 時間帯 : から : まで
<b>&lt;派遣場所&gt;</b>	
グラウンド名	グラウンド グラウンドの広さ
住所	(出来るだけ正確に)
●車両進入経路及び駐車位置についてご記入ください (〇〇側〇〇門より校庭へ。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)	
<b>&lt;人数&gt;</b> ※小学生に限り最大約 60 名 (それ以上の人数をご希望の場合は別途ご相談ください)	
対象人数	名 学年小 1 名.小 2 名.小 3 名.小 4 名.小 5 名.小 6 名
<b>&lt;ご担当者連絡先&gt;</b>	
ご担当名	(ご担当者様 1 名)
電話(携帯)	FAX
↓↓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	@
<b>&lt;天候による有無&gt;</b>	雨天決行 ・ 雨天中止 (中止の際の最終判断時間 時ごろ)
*キャラバン費金額	¥5,500 (税込) (←1 団体の金額となります)
振込先	埼玉縣信用金庫 浦和支店 普通 2284831 ウラワレッドダイヤモンドズ (カ)
振込期限	キャラバン実施後 1 週間以内にご入金ください。(メ切り厳守)
必ず開催日と依頼団体名で振込みをお願い致します。個人名でのお振込みはご遠慮ください。	
振込例)	2024 年 8 月 26 日開催、レッズサッカー少年団
振込名義	→ 240826 レッズサッカーショウネンダン
* 実施 1 カ月前に、担当コーチから最終確認のご連絡を致します。	
* 派遣希望日が重なってしまった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。	

ハートフルクラブ事務局返信記入欄

派遣日	/	入金確認欄	/	/	FAX 返信
-----	---	-------	---	---	--------