

公益財団法人岩手県スポーツ振興事業団 振興課 あて
(FAX:019-643-5947)

団 体 名

代表者氏名

平成 30 年度 指導者派遣事業・被災地スポーツ支援事業～健康体操等～ 申込書

利 用 事 業	<input type="checkbox"/> 指導者派遣事業 <input type="checkbox"/> 被災地スポーツ支援事業									
実 施 日 時	平成 年 月 日() 時 分 ~ 時 分									
教 室 名 事 業 名										
区 分	<input type="checkbox"/> 市町村等主催事業 <input type="checkbox"/> 総合型地域スポーツクラブ事業 <input type="checkbox"/> 幼稚園・保育園・PTA・児童館等の行事								該当する箇所に <input checked="" type="checkbox"/> を 付けてください。	
内 容	<input type="checkbox"/> 健康体操の指導		<input type="checkbox"/> 親子体操の指導			<input type="checkbox"/> 幼児体操の指導				
	<input type="checkbox"/> ディスクドッチ		<input type="checkbox"/> キンボールスポーツ			<input type="checkbox"/> ニチレクボール				
	<input type="checkbox"/> グラウンド・ゴルフ ※		<input type="checkbox"/> ノルディックウォーキング ※							
備 考	※雨天時の対応									
参 加 予 定 者	年代	幼児	小学生	保護者	40 未満	40-59	60-79	80 以上	合計	指導者 担当者
	人数									
	特記事項									
会 場	会場名									
	住所									
	電話番号									
経費支払方法	¥4,000- <input type="checkbox"/> 開催日当日現金払い <input type="checkbox"/> 後日口座振込み払い *被災地スポーツ支援は経費が掛かりません。 現金払いは領収書、口座振込み払いは請求書を発行いたします。 宛名が団体名・代表者名以外の場合は、ご連絡ください。									
連 絡 責 任 者 (連 絡 先)	職・氏名(フリガナ)									
	住所 〒					電 話				
						F A X				
	E-mail									
情 報 元	この事業をどちらでお知りになりましたか。									

※要項等がある場合には、添付して下さい。