

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	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>年代</th> <th>幼児</th> <th>小学生</th> <th>保護者</th> <th>40 未満</th> <th>40-59</th> <th>60-79</th> <th>80 以上</th> <th>合計</th> <th>指導者 担当者</th> </tr> <tr> <td>人数</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	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											
	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 〒	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">電 話</td> <td></td> </tr> <tr> <td>F A X</td> <td></td> </tr> </table>	電 話		F A X																		
	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。