キッズコーディネーション出張教室　指導者派遣願

令和　　年　　月　　日

公益財団法人愛媛県スポーツ振興事業団

理事長　様

所在地

　依頼者　　団体名

責任者

下記により実施する事業に対し指導者の派遣をお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 実　施　日　時 | 令和 年 月 日（　）　 時 分より 時 分まで |
| 実　施　場　所 | 雨天の場合 |
| 事　業　名　称 |  |
| 事業内容 |  |
| 指導希望内容 |  |
| 連絡担当者 | 部署名  電話　　　　　　　　　　　　　　　氏名 |
| 備考 |  |