



# ASV PESCADOLA MACHIDA

## 出前フットサルクリニック 実施申出書

ASVペスカドーラ町田の出前フットサルクリニックの開催をご希望される方は、下記に必要事項をご記入いただき、FAXにてお申し込みください。

**○お申し込み先FAX番号 042-710-5892**

1	学校名、施設名 (園名)	
2	ご担当者様氏名	
3	学年 (○で囲んで下さい)	年少・年中・年長 小学 1・2・3・4・5・6 年生
4	人数	人程度
5	第一希望日	年 月 日
	第二希望日	年 月 日
	第三希望日	年 月 日
6	希望時間	※ご希望の時間帯をご記入ください。
7	メールアドレス	
8	電話番号	
9	FAX番号	
10	備考	

※ 実施希望日の1ヶ月前までを目安にお申し込みください。

※ お申し込みのFAXをいただいたあと、担当者よりご連絡させていただきます。

【問い合わせ先】ASVペスカドーラ町田

担当 : 山野 達也

電話 : 042-710-5890