

2017 年度一般社団法人熊本県サッカー協会  
地域/地区トレセン補助金申込書 FAX096-247-6981

表題補助金を下記の通り申込致します。

申請地域/地区		例) 4 種熊本市
活動カテゴリー (人数)		例) U-12 (20 名) ,U-11 (20 名)
活動日数		例) U-12 : 月 2 回、年間 20 回程度 ※おおよその目安を記載ください
申請責任者氏名		
責任者連絡先	電 話 : メール :	
スポーツ安全保険	加入します。 1. 県協会の統一 ID を使用します	

**【指導者養成補助】**

C 級コーチ養成講習会に申込まれる前に下記連絡先に必要事項をメールしてください。

講習会の日程は、4 月以降に随時 HP にて掲載いたします。

申込みを確認次第、その後の手続について受講者本人に連絡いたします。

連絡先 : info@kumamoto-fa.com

必要事項 : ①推薦地域、②受講者氏名、③受講者連絡先 (電話・メール)

**【活動費補助】** 最終活動日から 1 ヶ月以内または 4 月 10 日いずれか早い日に決算報告

チーフ指導者氏名①		チーフ指導者氏名②	
サブ指導者氏名①		サブ指導者氏名②	
サブ指導者氏名③		サブ指導者氏名④	
サブ指導者氏名⑤		サブ指導者氏名⑥	
報告・決算担当者		※指導者との兼任可	
活動会場・使用料①		主に活動している会場を記載ください。	
活動会場・使用料②			

**【補助金振込口座】**

銀行	支店		普通 ・ 当座
(フリガナ) 口座名義		口座番号	