

西部支部サッカークリニック（浜松）  
アシスタントコーチ募集

**目 的**：意欲ある若手コーチに対して、指導経験の場を提供し、更なる指導力向上のきっかけ作りとする。

メインコーチとの関わりの中で、指導に関する考え方を吸収する。

- 1) 公認C級コーチライセンス保持者
- 2) 今後公認B級コーチを目指す方
- 3) 全10回に参加できる方
- 4) 9月よりスタートする指導者講習会（月1回、詳細は別途連絡）に参加可能な方
- 5) 各会場1名

希望の指導者は、申し込み用紙をご記入の上、下記まで郵送またはFAX願います。

応募多数の場合は、審査のうえ決定致します。

申し込み期限：8月24日（消印有効）

参加決定致しましたら、8月中に郵送にてご連絡致します。

※ご記入いただいた個人情報は目的以外の使用は致しません。

〒435-0006 浜松市東区下石田町 1094-1

村松 大介宛

FAX：053-422-5408

ご質問等ありましたら、村松までご連絡下さい。

携帯：090-2343-2616

PC：muramatsu@ssu.ac.jp

平成24年度 西部支部サッカークリニック アシスタントコーチ

申 込 書

(フリガナ)

1. 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

2. 性 別 男 ・ 女 (どちらかに○印)

3. 生年月日 19 年    月    日、 \_\_\_\_\_ 歳

4. 郵便番号 〒 \_\_\_\_\_

5. 住 所 \_\_\_\_\_

6. 電話番号 \_\_\_\_\_ (携帯電話)

7. FAX 番号 \_\_\_\_\_

8. メールアドレス(PC) \_\_\_\_\_

(分かりやすくご記入下さい。)

9. 指導チーム \_\_\_\_\_ (種別)

10. C級指導者登録番号 \_\_\_\_\_

11. 希望エリア            エリア1 ・ エリア2 ・ エリア3 ・ エリア4

12. 指導歴(できるだけ詳しく記入して下さい。)

