

JIFF教育プログラム実施申込書

本ページをA4用紙にコピーいただき、必要事項をご記入の上 FAX、またはWEBフォームからお申し込みください。お申し込み期日は実施希望日より1カ月前までとなります。

FAX 03-6684-4034

WEBフォーム <https://forms.gle/dBP4Z95ViCcxorfP8>



「*」は必須項目です。

基本情報

学校名 *			
住所 *			
E-mail *			
電話番号 *		FAX番号 *	
校長先生 *		担当の先生 *	

打ち合わせ希望日（オンラインでの実施となります）

第1希望日 *	年	月	日	:	～	年	月	日	:
第2希望日 *	年	月	日	:	～	年	月	日	:
第3希望日 *	年	月	日	:	～	年	月	日	:
その他希望 <small>※希望日時がない場合、NG日程等があればご記入ください。</small>									

授業実施希望内容

時期・学年・クラス数 <small>※お決まりの場合は、具体的にご記入ください。</small>	月 /	年生 /	クラス
---	-----	------	-----

確認事項

記録撮影の可否 *	授業当日の写真や映像をJIFF広報物やSNS等に使用する場合がございますが、許可されますか？ 写真 <input type="checkbox"/> 許可する <input type="checkbox"/> 許可しない <input type="checkbox"/> 条件付きで許可する(顔写りなし可、等) 映像 <input type="checkbox"/> 許可する <input type="checkbox"/> 許可しない <input type="checkbox"/> 条件付きで許可する(顔写りなし可、等)
取材の可否 *	授業当日にメディア取材が入る場合がございますが、許可されますか？ 写真 <input type="checkbox"/> 許可する <input type="checkbox"/> 許可しない <input type="checkbox"/> 条件付きで許可する(顔写りなし可、等) 映像 <input type="checkbox"/> 許可する <input type="checkbox"/> 許可しない <input type="checkbox"/> 条件付きで許可する(顔写りなし可、等)
その他／特記事項／ ご質問等	

お問い合わせ先： 一般社団法人 日本障がい者サッカー連盟 事務局

〒112-0004 東京都文京区後楽1丁目4-18 トヨタ東京ビル

TEL.03-3818-2030 FAX. 03-6684-4034 MAIL. jiff_info@jfa.or.jp WEB. <https://www.jiff.football/>