

審判派遣依頼様式

令和__年__月__日

一般社団法人福岡県バスケットボール協会事務局 御中

連盟名：大会責任者名（公印省略）

福岡県リーグ（__層）グループ（__）における審判員派遣について（依頼）
 福岡県リーグを開催するにあたり、審判員の派遣をお願いします。

1	大会名	福岡県リーグ（__層）グループ（__）
2	期 日	令和7年__月__日（__）
3	会場 住所も記載すること	〒
4	試合詳細	試合開始時間【__ : __】 （__）対（__） （__）（__） <small>帯同審判がいる場合はチーム名下に記入、依頼の場合はチーム名の下に【依頼】と記入</small>
5	申込責任者 依頼するチームの責任者名	
6	申込責任者連絡先	携帯電話番号： 携帯メールアドレス： PCメールアドレス：
7	特記事項	<input type="checkbox"/> 審判謝礼（__円）*最低1試合2,000円 <input type="checkbox"/> 交通費（__円）*基本実費支給 <input type="checkbox"/> 弁当の支給 あり・なし <input type="checkbox"/> 駐車場の確保 あり・なし <input type="checkbox"/> その他

※派遣依頼は、必ず大会1ヶ月前までに提出してください。

※大会要項、組み合わせをあわせて提出をお願いします。

※公式戦を優先します。日程によってはお断りする場合があります。

※送付先：福岡県バスケットボール協会事務局（メールまたはFAXで送信）

メール：jimukyoku@fabba-net.com

FAX：092-409-8722

申し込みはグループ責任者ではなく、依頼するチーム責任者が行なってください。