



年 月 日

高知県ソフトテニス連盟会長 殿

主管名(団体名)

代表者又は責任者

印

### ソフトテニス教室終了 報告書

下記のとおり終了しましたので、報告します。

|                 |                                       |
|-----------------|---------------------------------------|
| 1.名 称           |                                       |
| 2.期 日           | 年 月 日 ~ 年 月 日 のうち 10回<br>曜日 時 分 ~ 時 分 |
| 3.会 場           |                                       |
| 4.参加対象者<br>及び人数 | 参加対象者<br>人 数 名                        |
| 5.講師・補助者        |                                       |
| 6.成 果           |                                       |
| 7.連絡責任者         | 住 所 〒<br>氏 名 TEL                      |
| 8.そ の 他         |                                       |

教室終了後、1ヶ月以内に提出のこと。