様式３

提出先：大阪市舞洲障がい者スポーツセンター　あて

　　　　FAX: 06 – 6465- 8207

E-mail:　a-maishima@fukspo.org

**利用申込書（ボウリング室）**

 **令和２年８月 10日(月祝)･12日(水)･13日(木)･14日(金)･15日(土)･16日(日)　利用申込分**

**●　受付開始　　令和２年８月３日（月）午前９時30分～11時00分**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  |  | 連絡先 |
| 氏　名 |  | 電話番号 FAX番号 E-mail  |
| 利用カードの有無\* | 有　・　無 |

**１　障がい者等**

\* どちらかに〇を記入してください。

\* 利用カードをお持ちで無い方は、利用当日「障がい者手帳」等をコピーさせていただきますので、

必ず持参してください。

　＜注意＞　他府県の場合は、有料(小学生以上)となります。（利用当日に徴収いたします。）

**２　介護人および家族等（同行者は２人まで）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 氏　名（ふりがな） | 連絡先（携帯電話など） |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |

　 　　　　 　　　＜注意＞　その他の場合は、有料となる場合があります。（利用当日に徴収いたします。）

**３　申込日時**

　次の（　　　）内をご記入ください。

　　 ＜時間帯＞　①10:00～10:50、②11:00～11:50、③13:00～13:50、④14:00～14:50、

⑤15:00～15:50、⑥16:00～16:50

　　 **※センター記入欄**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 曜日 | 時間帯 |  | 「〇」の時間帯をご利用いただけます。 |
| 第１希望 | （　　）曜日 | （　　） |  |
| 第２希望 | （　　）曜日 | （　　） |  |
| 第３希望 | （　　）曜日 | （　　） |  |
| 第４希望 | （　　）曜日 | （　　） |  |

**記入例**  第１希望　（ **土** ）曜日　（　**②**　）

 第２希望　（ **日** ）曜日　（　**②**　）