

2026 年度大阪市舞洲障がい者スポーツセンター スポーツ教室  
 ～レベルアップボッチャ～  
 受講申込書

\*記入漏れのないようにお願いします。

ふりがな		年齢	歳
氏名			
現住所 (連絡先)	〒 -		
	TEL ( ) -		
	FAX ( ) -		
	MAIL _____		
大文字・小文字・記号など明確にご記入ください。また、【@fukspo.org】からメールが受信できるよう設定をお願いいたします。(受講可否通知や実施態度変更時に連絡いたします。)			
未成年(18歳未満)の受講には、保護者の同意が必要です。(保護者同意の上サインをお願いします。)			
保護者氏名 _____			
障がいについて 記入または該当に☑	障がい名	身体障害者手帳に記載されているとおりにご記入ください。	
	重複障がい 該当すべてに☑	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴言 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神	
	移動手段 該当すべてに☑	<input type="checkbox"/> 歩行(杖、装具の使用有無問わない) <input type="checkbox"/> 手動車いす自操可能 <input type="checkbox"/> 電動車いす自操可能 <input type="checkbox"/> 手動車いす介助下	
ボッチャについて 記入または該当に☑	クラス	<input type="checkbox"/> BC1 <input type="checkbox"/> BC2 <input type="checkbox"/> BC3 <input type="checkbox"/> BC4 <input type="checkbox"/> OP 座位 <input type="checkbox"/> OP 立位 <input type="checkbox"/> 不明またはクラス判定未経験	
	ランプ使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	マイボール	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	経験年数	<input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 1～3年 <input type="checkbox"/> 3～5年 <input type="checkbox"/> 5年以上	
	大会出場経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	
その他、受講に際し事前にお伝えしておきたいことがあればご記入ください。			

\*「申込書」に記載の個人情報ならびに主催者が作成した写真や映像等は、個人情報保護関係法令を遵守し、参加関係事務および当センターホームページ、情報誌等の掲載のみに使用し、それ以外の目的には使用いたしません。

受付日： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 受付者： \_\_\_\_\_