



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  
ジュニアスクール:バスケットボール 受講申込書

<申込者情報>

\*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			(学年)	小学・中学・高校 年
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。)			
障がいについて (該当に☑)	種別	<input type="checkbox"/> 肢体 <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 <input type="checkbox"/> その他		
	障がい名			
	等級	<input type="checkbox"/> 身体( 種 級) <input type="checkbox"/> 療育( ) <input type="checkbox"/> 精神( 級)		
	重複する障がいがある場合は、☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> 肢体 <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			
移動手段についてご記入ください。 <input type="checkbox"/> 歩行(杖なし) <input type="checkbox"/> 歩行(杖あり) <input type="checkbox"/> その他( )				
バスケットボールをしたことがありますか?あてはまる方に☑をつけてください。				
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(どこで: )				
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。				
スクールの申込みには、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				

\*「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。

上-J(バスケットボール)受付日: / 受付者: