

大阪市長居障がい者スポーツセンター
2019年度 スポーツ教室 申込書

教室名	精神障がい者のふれあい活動		
ふりがな			年 齢
お名前			
現住所	(〒 -)		
	TEL() -		FAX() -
障がいについて	等級	1・2・3 級	
	障がい名		
その他	職員に伝えておきたいことがありましたら、ご記入ください(障がい、体調面についてなど)。		

*ご記入いただいた個人情報は、本教室における関係業務に使用し、その他の目的で使用することはありません。

*教室中に撮影した画像は、当センターの事業記録、周知ポスターなどに使用する場合があります。

受付日: / 、受付者: _____