

大阪市長居障がい者スポーツセンター
令和元年度 スポーツ教室 申込書

教室名	ボッチャ		
ふりがな			
お名前		年齢	歳
現住所	(〒 -)		
	TEL() - FAX() -		
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: _____