

大阪市長居障がい者スポーツセンター
2022 年度 スポーツ教室 申込書

教 室 名	ミュージック・ケア		
ふりがな		年 齢	歳
お名前			
現 住 所	(〒 -)		
	TEL: () - FAX: () - E-MAIL:		
障がい名	※あてはまるものに○をしてください。 知的 ・ 発達 重複 (肢体・視覚・聴言・内部・精神)		
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)。		

*新型コロナウイルス感染症の発生状況により中止となった場合は、こちらからご連絡いたします。

*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ことがあります。

受付日: / 、受付者: _____