

提出先:大阪市長居障がい者スポーツセンター あて

FAX: 06-6697-8613 E-mail: t-nagai@fukspo.org

教室参加申込書(10月)

1. 障がい者等

ふりがな	
名 前	
利用カードの有無	☆ 有 ・ 無
障がい	☆ 肢体・視覚・聴言・内部・知的・精神・発達・その他

☆ あてはまるものに○をしてください。

連絡先
電話番号
FAX番号
E-mail

2. 家族・介助者等(2人まで)

ふりがな		参加の有無
名 前		有 ・ 無

連絡先

ふりがな		参加の有無
名 前		有 ・ 無

連絡先

3. 希望する教室

希望する教室に○をご記入ください。(いくつでも)

希望する教室	教室名	開催日	時間	定員
	股関節・膝関節トレーニング	10月19日(月)	13:30~14:30	12名
	高次脳機能障がい者のいきいき	10月2日(金)	13:15~14:45	10組程度
	認知機能を高めよう	10月16日(金)		30名
	精神障がい者のフットサル	10月12日(月)		10名
	ミュージック・ケア	10月10日(土)		40名

申込結果 (センター記入欄)

- 受付開始 令和2年9月20日(日) 午前9時30分~
- 定員になり次第、締め切らせていただきます。
- 定員は、家族・介助者等を含みます。