

大阪市長居障がい者スポーツセンター
2023年度 スポーツ教室 申込書

*記入もれの無いようにお願いします。

教室名	アーチェリー教室			
ふりがな			年 齢	歳 (中・高 年)
お名前				
現 住 所	(〒 -)			
	TEL () - FAX () -			
利き手	右 ・ 左			
障がいについて	種別	肢体不自由 ・ 視覚 ・ 聴言 ・ 内部 ・ 知的 ・ 精神 ・ 発達 ・ その他		
	程度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 級 / A ・ B1 ・ B2		
	障がい名			
(18 歳未満の方の受講について) スポーツ教室を受講することを承諾します 保護者氏名 _____				

下記の項目に必ずお答えください。(合否には関係しません)

- 1)アーチェリーについて該当するものに☑を記入してください。

☐体験したことがない ☐何度か体験したことがある

□弓具持参

□その他()

- 2)その他、障がいのことや最近の体調、注意すべき行動など、指導員に伝えておきたいことがあれば記入してください。

*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: