**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 | **車いすバスケットボール　入門** |
| ふりがな |  | 年　　齢 | 歳 |
| お名前 |  |
|
| 現住所 | （〒　　　－　　　） | | |
| ＴＥＬ：（　　　　　　）　　　　　　－　　　　　　　　ＦＡＸ：（　　　　　　）　　　　　　－  E-MAIL： | | |
| 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。　　　　　　　　　　保護者署名 | | | |

＊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：