

大阪市長居障がい者スポーツセンター  
2024 年度 スポーツ教室 申込書

\*記入もの無いようにお願いします。

教 室 名	パラブレイキン 教室		
ふりがな		年 齢	歳 ( 小・中・高 年) 令和6年4月1日現在
お名前			
現 住 所	(〒 - - ) TEL:( ) - FAX:( ) - E-MAIL:		
障がい種別	肢体不自由・視覚・聴覚・内部・知的・精神・発達・その他		
障がい名	例:脳性麻痺、言語機能障がいなど		
グループ (希望する時間に ○をしてください)	<input type="checkbox"/> ① 9:30 ~ 10:30 <input type="checkbox"/> ② 10:45 ~ 11:45 <input type="checkbox"/> ③ ①②のどちらでもよい		
(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: \_\_\_\_\_