**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 | **はじめよう水泳　教室** |
| ふりがな |  | 年　　齢 | 　　　　　　　歳(　中・高　　　年) |
| お名前 |  |
|
| 現住所 | （〒　　　　　－　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ＴＥＬ：（　　　　　　）　　　　　　－　　　　　　　　ＦＡＸ：（　　　　　　）　　　　　　－E-MAIL： |
| ①・②について、あてはまる数字に〇をしてください。 |  |
|  | 聴言・知的・内部・精神・発達１8:00～１8:45 | ② | 肢体・視覚19:00～１9：45 |
| 障がい名 | （障がいが重複する場合はご連絡させていただく場合があります。） |
| (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：