

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

教室名	特別サッカー教室		
ふりがな		年齢	歳
お名前			
現住所	(〒      -      )		
	TEL:(      )      -      FAX:(      )      - E-MAIL:		
障がい名	※あてはまるものに○をしてください。 知的 ・ 発達      重複 (肢体・視覚・聴言・内部・精神)		
その他	職員に伝えておきたいことがありましたら、ご記入ください(障がい、体調面についてなど)。		
(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: \_\_\_\_\_