

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			
お名前		年齢	歳 (中・高 年)
現住所	(〒 - )		
	TEL:( ) - FAX:( ) -		
	E-MAIL:		
①・②について、あてはまる数字に○をしてください。			
①	肢体・視覚 18:15~19:00	②	聴言・知的・内部・精神・発達 19:15~20:00
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: \_\_\_\_\_