

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	車いすバスケットボール 入門		
ふりがな			
お名前		年齢	歳
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される場合があります。

受付日: / 、受付者: \_\_\_\_\_