

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 | ボッチャ 教室 | | |
| ふりがな | | | |
| お名前 | | 年齢 | 歳 (中・高 年) |
| 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する場合があります。

受付日: / 、受付者: _____