

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

教室名	キッズ ミュージック・ケア ①()・②() ①(小学生) ②(3歳以上の未就学児)のいずれかに○をご記入ください。		
ふりがな		年 齢	歳 (4月1日現在)
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)。		

*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、研究紀要、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: _____