

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	キッズ運動あそび（I期）		
ふりがな			
お名前	(保護者名： )	年齢	歳
現住所	(〒 - )		
	TEL：( ) - FAX：( ) - E-MAIL：		
障がい名			
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、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： \_\_\_\_\_