

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 | アーチェリー教室 1期 | | |
| ふりがな | | 年齢 | 歳 |
| お名前 | | (中・高 年) | |
| 現住所 | (〒 -) | | |
| | TEL () - FAX () - | | |
| 利き手 | 右 ・ 左 | | |
| 障がいについて | 種別 | 肢体不自由 ・ 視覚 ・ 聴言 ・ 内部 ・ 知的 ・ 精神 ・ 発達 ・ その他 | |
| | 程度 | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 級 / A ・ B1 ・ B2 | |
| | 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 保護者氏名 _____ | | | |

下記の項目に必ずお答えください。(可否には関係しません)

1)アーチェリーについて該当するものに☑を記入してください。
体験したことがない 何度か体験したことがある
弓具持参
その他()

2)その他、障がいのことや最近の体調、注意すべき行動など、指導員に伝えておきたいことがあれば記入してください。

[]

*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: _____