

大阪市長居障がい者スポーツセンター
2025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	パラブレイキン 教室		
ふりがな			
お名前		年齢	歳 (小・中・高 年) 令和7年4月1日現在
現住所	(〒 -)		
	TEL:() - FAX:() - E-MAIL:		
障がい種別	肢体不自由・視覚・聴言・内部・知的・精神・発達・その他		
障がい名	例:脳性麻痺、言語機能障がいなど		
グループ (希望する時間に ○をしてください)		① 9:30 ~ 10:30	
		② 10:45 ~ 11:45	
		③ ①②のどちらでもよい	
(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: _____