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	ラン run ラン		
ふりがな		年　齢	歳
お 名 前			（ 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：＿＿＿＿＿＿＿＿