

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	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 () -	
	E-MAIL: ※メールにて受講通知を送りますので、メールアドレスをお持ちの方は、ご記入ください。		
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。(合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: _____