

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	はじめよう水泳(2期) 教室				
ふりがな					
お名前			年齢	歳 (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。					
①・②・③について、あてはまる数字に○をしてください。					
①	18:15~19:00	②	19:15~20:00	③	どちらでもよい
障がい名	(障がい重複する場合はご連絡させていただく場合があります。)				
◎水慣れ・泳力について、あてはまるものに「○」をつけてください。 1)水が怖い 2)顔をつけることができる 3)浮くことができる (浮助具あり・浮助具なし)					
(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される場合があります。

受付日: / 、受付者: _____