大阪市長居障がい者スポーツセンター

2026 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 (中･高 年)
名 前			
現 住 所	(〒 －)		
	TEL:( ) － FAX:( ) － E-MAIL:		
障がい種別	□知的 □精神 □その他(発達)		
障がい名	記入例:自閉症 等		

(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: