

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	キッズ ミュージック・ケア ①()・②() ① (小学生) ②(3歳以上の未就学児)のいずれかに○をご記入ください。		
ふりがな		年 齢	歳 (4月1日現在)
お名前			
現住所	(〒 -)		
	電 話 : () -		
	ファックス : () -		
	メ - ル :		
障がい種別	<input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> その他発達障がい <input type="checkbox"/> 重複(肢体・視覚・聴言・内部・精神)		
障がい名	記入例:自閉症 等		
その他	職員に伝えておきたいことがありましたら、ご記入ください(障がい、体調面についてなど)。		

*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: _____