

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	パラブレイキン 教室		
ふりがな			
お名前		年齢	(小・中・高 歳年)
現住所	(〒 -)		
	電話 : () -		
	ファックス : () -		
	メール :		
障がい種別	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴言 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他(発達等)		
障がい名	記入例:自閉症 等		
グループ (希望する時間に ○をしてください。)		① 9:30~10:30	
		② 10:45~11:45	
		③ ①②のどちらでもよい	
(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: _____