

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	はじめよう水泳		
ふりがな			
お名前		年齢	歳 (中・高 年)
現住所	(〒 -)		
	電話：() -		
	ファックス：() -		
	メー ル：		
ご希望の時間に「○」をつけてください。			
	18:15~19:00	19:15~20:00	どちらでもよい
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		
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することがあります。

受付日: / 、受付者: _____