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	**知的障がい者のサッカー教室**		
ふりがな		年　齢	歳 （ 中･高　　年）
お 名 前			
現 住 所	（〒　　－　　）		
	電　　話：（　　）　　－ ファックス ：（　　）　　－ メ ー ル ：		
障がい名等	記入例:自閉症 等		
重複障がい	□肢体　□視覚　□聴言　□内部　□精神　□その他(発達等)　□なし		
その他	コーチまたは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、こだわり、体調面等について）		
（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での使用と、セレッソ大阪にも共有させていただきます。
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、セレッソ大阪の広報誌等に使用する場合があります。

受付日:　　/　　、受付者:＿＿＿＿＿＿