

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+(水慣れ~)				
ふりがな					
お名前			年齢	(中・高 歳 年)	
現住所	(〒 -)				
	電 話 : () -				
	ファックス : () -				
	メ - 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	☐ 肢体 ☐ 視覚 ☐ 聴言 ☐ 内部 ☐ 知的 ☐ 精神 ☐ 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される場合があります。

受付日: / 、受付者: _____