

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	アーチェリー教室 1期		
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		
1) 利き手の確認 ☐ 右利き ☐ 左利き			
2) アーチェリーについて該当するものに☑を記入してください。 ☐ 体験したことがない(初めて) ☐ 体験したことがある(10回未満) ☐ 体験したことがある(10 回以上) ☐ 弓具持参			
3) 体験したことがある方へ質問です。射ったことのある距離は、何mですか? ☐ 5m ☐ 10m ☐ 12m ☐ 18m ☐ 18m以上			
4) その他、障がいのことや最近の体調、注意すべき行動など、指導員に伝えておきたいことがあれば記入してください。			
(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場合があります。

受付日: / 、受付者: _____