

大阪市長居障がい者スポーツセンター  
みんなで歩こう♪オリエンテーリング in 長居植物園  
申込書

Google フォーム 申込み



↓ URL ↓

<https://forms.gle/SByvZEudnpGXVdBX8>

\*記入もれの無いようにお願いします。

|                                                               |                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                                                                                                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ふりがな                                                          |                                                                                                                                                                                                                     |    | 年 齢                                                                                                                                                                                                                 |    |
| お 名 前                                                         |                                                                                                                                                                                                                     |    | 歳                                                                                                                                                                                                                   |    |
| 現 住 所                                                         | (〒            -            )                                                                                                                                                                                        |    |                                                                                                                                                                                                                     |    |
|                                                               | 電      話 : (            )            -<br>ファックス : (            )            -<br>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 (当てはまるもの全てに☑)  |    |                                                                                                                                                                                                                     |    |
| 障がい名                                                          | 記入例:自閉症 等                                                                                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                                                                                                     |    |
| 同行者<br>(4名まで)                                                 | お名前                                                                                                                                                                                                                 | 年齢 | お名前                                                                                                                                                                                                                 | 年齢 |
|                                                               |                                                                                                                                                                                                                     | 歳  |                                                                                                                                                                                                                     | 歳  |
|                                                               | 障がい(有・無)<br><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<br><input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他 |    | 障がい(有・無)<br><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<br><input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他 |    |
|                                                               | お名前                                                                                                                                                                                                                 | 年齢 | お名前                                                                                                                                                                                                                 | 年齢 |
|                                                               |                                                                                                                                                                                                                     | 歳  |                                                                                                                                                                                                                     | 歳  |
|                                                               | 障がい(有・無)<br><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<br><input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他 |    | 障がい(有・無)<br><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<br><input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他 |    |
| (18歳未満の方の参加について)<br>当イベントに参加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: \_\_\_\_\_