

提出先:大阪市長居障がい者スポーツセンター

FAX:06-6697-8613 E-mail : k-nagai★fukspo.org(★を@にかえて送信してください)

教室参加申込書(10月)

1.障がい者等

ふりがな	
名 前	
利用カードの有無☆	有 ・ 無
障がい☆	肢体・視覚・聴言・内部・知的・精神・発達・その他
年 齢	歳 (小学 年)

連絡先(いずれか1つ)
電話番号
FAX番号
E-mail

☆あてはまるものに○をしてください。

※キッズの教室は、保護者・介助者と一緒にご参加ください。

2.希望する教室

希望する教室に○をご記入ください。(いくつでも)

希望する教室	開催日	時間	教室名	対象	定員
	10月3日(土)	①13:15~14:00	キッズからだづくり 《跳ぶ運動》	障がいのある小学生 (保護者・介助者同伴)	15組程度
		②14:15~15:00			15組程度

※受付開始 令和8年9月20日(日) 午前9時30分～

※定員になり次第、締め切らせていただきます。

※当日、総合受付で、利用カードまたは障がい者手帳を提示し、教室参加である旨をお伝えください。受付後、各施設へお越しください。

●申込不要の教室は、お知らせをご覧ください。