

大阪市舞洲障がい者スポーツセンター
2024年度 グループ教室 申込書(期分)

*記入漏れのないようにお願いします。

ふりがな		ふりがな	
事業所・団体名		連絡担当者	
事業所形態 (障がい福祉サービス事業者のみ)	例) 就労移行支援		
現住所	〒 -		
連絡先	E-mail		
	TEL		FAX

◆受講希望について ※火曜日と第3月曜日の休館日、土日祝日は実施不可

	日程	時間	実施施設
第1希望	月 日 ()	時 分 ~ 時 分	アリーナ・プール
第2希望	月 日 ()	時 分 ~ 時 分	
第3希望	月 日 ()	時 分 ~ 時 分	
第4希望	月 日 ()	時 分 ~ 時 分	

◆受講予定者について

人数	障がい者		介助者		合計		
障がい種別	肢体	視覚	聴言	内部	知的	精神	その他
	名	名	名	名	名	名	名

◆下記の項目にお答えください(合否には関係しません)

(1) 送迎バスの利用を希望されますか? (<u>大阪市内の団体・施設に限り</u> ます)	はい		いいえ
	【現地お迎え時刻】	:	
	【アミティ出発時刻】	:	
	送迎バス乗車人数 (予定)	計 名 (内、座席へ移乗が難しい車いすの方 名)	
(2) 教室で行う内容(種目など)の希望はありますか?			
(3) その他、申込みにあたりお伝えしたいことはありますか?			

*「申込書」に記載の個人情報ならびに主催者が作成した写真や映像等は、個人情報保護関係法令を遵守し、参加関係事務および当センターホームページ、情報誌等の掲載のみに使用し、それ以外の目的には使用いたしません。

受付日: 受付者: