

大阪市長居障がい者スポーツセンター
2024年度 スポーツ教室 申込書

教室名	キッズ運動あそび（Ⅱ期）		
ふりがな			
お名前	(保護者名：)	年齢	歳
現住所	(〒 -)		
	TEL：() - FAX：() - E-MAIL：		
障がい名			
その他	職員に伝えておきたいことがありましたら、ご記入ください（障がい、体調面についてなど）。		

*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： _____