

大阪市長居障がい者スポーツセンター  
2025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	バレーボール		
ふりがな		年 齢	歳 ( 中・高 年)
お名前			
現住所	(〒                  )		
	TEL : (                  )                  -		
	FAX : (                  )                  -		
	E-MAIL :		
障がい名			
(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： \_\_\_\_\_