

2024 年度 スポーツ体験 ～カヌーに乗ってみよう～

_____ 年 _____ 月 _____ 日記入

センター登録	有 (No. _____) ・ 無			
障がい名	(手帳 級/ A ・ B1 ・ B2)			
フリガナ		年齢	性別	車いす
氏名		歳	男 ・ 女	有 ・ 無
保護者名 (介護者名)				
住所	〒 _____			
電話番号	- -	FAX	- -	
参加希望日	参加希望日を○印で左空欄にご記入ください。 初参加の方は () 内に○印をご記入ください。			
	7月19日(金)	() 初参加		
	7月26日(金)			
	どちらでも			
身長	_____ cm			
送付事項	※参加にあたり指導員へ伝えたい内容があればご記入ください。			
本事業をどこで 知りましたか。 ※○印をつけて ください。	① 館内ポスター・チラシ ② SNS (ホームページ・ブログ・LINE・YouTube など) ③ その他 (具体的に: _____)			

大阪府立障がい者交流促進センター
(ファインプラザ大阪) 行

【FAX 072-296-6313】

担当	入力	受付
/	/	/