

2026 年度 選手育成

短期ユース水泳教室申込書

| | | | |
|--|--|---|--|
| センター登録 | 有 (No.) ・ 無 | | |
| フリガナ | | | 性別 |
| 氏 名 | | | 男 ・ 女 |
| 電話番号 | — — | FAX | — — |
| 住 所 | 〒 | | |
| 練習会、教室 参加歴 ※今まで参加したことのある事業に☑をつけてください。 | <input type="checkbox"/> 選手育成練習会 (水泳Ⅰ部) <input type="checkbox"/> 選手育成水泳教室 (ユース水泳) <input type="checkbox"/> 選手育成練習会 (水泳Ⅱ部) <input type="checkbox"/> 選手育成水泳教室 (ジュニア水泳) <input type="checkbox"/> 選手育成水泳教室 (キッズ水泳) | | |
| 泳力について ※できることに☑をつけてください。 ※() 内には泳げる距離を記入してください。 | 泳 法 | <input type="checkbox"/> 顔を付けることができる | <input type="checkbox"/> ビート板を使ってキックができる () m |
| | | <input type="checkbox"/> クロールができる () m | <input type="checkbox"/> 背泳ぎができる () m |
| | | <input type="checkbox"/> 平泳ぎができる () m | <input type="checkbox"/> バタフライができる () m |
| 備考 ※参加にあたり指導員へ伝達事項があればご記入ください。 | | | |

* 「センター登録」がお済みでない方は、下の欄を記入するとともに2階総合受付にてセンター登録をしてください。

| | |
|------|----------------------|
| 障がい名 | (手帳) 級 / A ・ B1 ・ B2 |
|------|----------------------|

年 月 日

チェック☑

「その他」等の記載内容に同意して申込みます。

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 |
| / | / | / |
| | | : |
| | | |