

# 2024年度 選手育成水泳教室申込書

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	〒			
教室の参加について ※あてはまる方を○で囲ってください		初参加 ・ 参加したことがある		
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。	水慣れ	ア：頭から水浴び	イ：顔つけ	
		ウ：頭まで潜る		
	泳法	エ：口からブクブク	オ：鼻からブクブク	
		カ：ビート板＋ヘルパーを使ってキック ( ) m	キ：ビート板を使ってキック ( ) m	
		ク：ヘルパーを付けて背面キック ( ) m	ケ：背面キック ( ) m	
コ：クロール ( ) m		サ：背泳ぎ ( ) m		
	シ：平泳ぎ ( ) m	ス：バタフライ ( ) 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。				

【参加希望コース】 \*希望コースに○印をご記入ください。

☆・★印のコースについては、いずれかのご参加となります。

☆ユース水泳①	(火) 18:30~19:30		★ジュニア水泳①	(水) 16:30~17:30	
☆ユース水泳②	(土) 11:00~12:00		★ジュニア水泳②	(木) 16:30~17:30	
キッズ水泳	(土) 15:00~16:00		★ジュニア水泳③	(土) 16:00~17:00	

\*「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
------	----------------------

上記の通り、申込みます。

年 月 日

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
/	/	/
		: