

「千葉すすずさんのスイムクリニック」

日 時：2025年1月19日（日）13：30～15：00

内 容：元オリンピック競泳選手“千葉すすず”さんに直接水泳指導をしていただきます。
☆2023年度泳量：200m～300m程度

千葉すすずさん
プロフィール

○日本選手権 50m100m200m 自由形三冠
○バルセロナオリンピック 200m 自由形 6位入賞
○アトランタ・パンパシフィック選手権 200m 自由形優勝

場 所：ファインプラザ大阪 プール1・2レーン

対 象：小学生以上で、おおむね25m泳げる方

募集人員：20名

※障がいのある方、初参加者優先
※定員を超えた場合は抽選

費 用：無料

※健常者の方は、プール利用料大人610円・小人300円が必要です。
※介護者・同伴者がスイムクリニックにご参加される場合は、プール利用料が必要になります。



申込方法：「申込書」に必要事項をご記入の上、下記申込み先に持参または郵送、FAXでお申込みください。

※介護が必要な方は、介護者同伴でご参加ください。小学3年生以下の方は、必ず中学生以上の方同伴でのご参加となります。

申込締切：2025年1月5日（日）必着

※電話などによる口頭でのお申込みは受け付けません。

※参加決定通知はいたしません。定員を超えた場合、ご参加いただけない方へは1月9日（木）までにご連絡いたします。

※参加の可否をご確認される場合は、1月9日以降にお問合せください。

申込み・

問合せ先：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）

〒590-0137 堺市南区城山台5-1-2

TEL 072-296-6311 FAX 072-296-6313



そ の 他：「申込書」に記載された個人情報、並びに主催者が撮影した写真・映像については、個人情報保護関係法令を遵守し、本事業への参加調整事務及びセンター情報誌、SNS（ホームページ・ブログ・LINE・YouTube）のみ使用し、それ以外の目的には使用いたしません。

「千葉すずさんのスイムクリニック」 申込書

年 月 日 記入

障がいの有無	有 ・ 無	障がい名		
センター登録	有 (No) ・ 無	車いすの使用	有 ・ 無	
フリガナ			年齢	性別
名 前			歳	男 ・ 女
住 所	〒			
電話番号	- -	FAX	- -	
泳げる種目 ※下記の番号に○印を付けてください				
1 クロール	2 背泳ぎ	3 平泳ぎ	4 バタフライ	

介護者・同伴者情報

フリガナ		年齢	性別
介護者・同伴者氏名		歳	男 ・ 女
スイムクリニックへの参加の有無 ※どちらかに○印をご記入ください	スイムクリニックに参加 ・ 見守り (下記★欄をご記入ください)		

★介護者・同伴者でスイムクリニックご参加される場合は、下記をご記入ください。

障がいの有無	有 ・ 無	障がい名		
センター登録	有 (No) ・ 無	車いす使用	有 ・ 無	
住 所 ※上記と住所が異なる場合のみご記入ください	〒			
電話番号	- -	FAX	- -	
泳げる種目 ※下記の番号に○印を付けてください				
1 クロール	2 背泳ぎ	3 平泳ぎ	4 バタフライ	

※スイムクリニックに参加される健常者の方は、プール利用料大人610円・小人300円が必要になります。

上記の通り、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