

健康増進トレーニング教室Ⅱ

誰でも簡単に出来る運動で、心地よい汗を流しませんか？

【 対 象 】 身体障害者

中・高齢者(概ね 40 歳以上)

※詳細は、お問い合わせください。

【 定 員 】 10 名

【 実施日時 】 **①10/8 ②10/15 ③10/22 ④10/29**

木曜日 10:30～11:30

【 参加費 】 **840円** (教室初回時にお支払い下さい)

【 内 容 】 簡単な体操やストレッチ、マシーントレーニング等

【 申込方法 】 別紙申込用紙に必要事項を記入し、下記までお申込ください。
(持参・郵送・FAX可)

【 申込〆切 】 **10月1日(木)**

【 ご注意 】

- ※ FAXでお申込の方は、当館職員までお電話にて送信の確認をしてください。
- ※ 電話による申込や受付期間以外での申込は出来ませんのでご了承下さい。
- ※ 定員を超えた場合は抽選を行います。抽選に漏れた方のみ、電話または FAX でお知らせします。
- ※ 教室の前や終了後に、施設をご利用頂く場合は別途使用料金が必要です。
- ※ トレーニング室には 15 分前から入場可能ですが教室開始時間までのご利用はご遠慮下さい。
- ※ 教室を欠席・中断された場合の返金は出来ません。
- ※ 開催期間が重複するトレーニング教室への同時参加は出来ません。

【 お問い合わせ・申込み先 】

兵庫県西播磨総合リハビリテーションセンター

ふれあいスポーツ交流館

〒679-5165 兵庫県たつの市新宮町光都1丁目7番1号

TEL (0791)-58-1313

FAX (0791)-58-1323

平成27年度 ふれあいスポーツ交流館 スポーツ教室・講習会 申込書

| | | |
|-------------|---------------------|-------------|
| 教室名 講習会名 | 健康増進トレーニング教室(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ) | 初めて参加・2回目以上 |
|-------------|---------------------|-------------|

| | | | | |
|-------------------|----------------------|-----------------|---------|------------|
| ふりがな 受講者氏名 | | | 性別 男・女 | 年齢 歳(学年 年) |
| 付添者 | なし・あり(氏名) *本人との関係() | | | |
| 住所・連絡先 | 〒() | | | |
| | | | | |
| | TEL () | | FAX () | |
| 身体障害 | | 知的障害 | 精神障害 | その他の障害 |
| 肢体・視覚・聴覚・内部 級 | | A・B・B2 | 1・2・3 級 | |
| 障害名 (手帳記載の障害名) | | | | |
| 車いす使用 | 有り・無し | その他装具の使用があれば() | | |
| 持病 | 高血圧・糖尿病・てんかん・その他() | | | |
| 服薬の有無 | 有り・無し | 薬名() | | |
| 【指導員に伝えたいこと】 | | | | |
| | | | | |

※ ご記入いただいた個人情報は、本スポーツ事業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。

職員記入欄

| | |
|--------------|------|
| ※受付日 H 年 月 日 | 受付番号 |
| ※受付者氏名() | |