

いもいも予防リハ 3月

健康増進・運動不足解消を目的として、医師によるメディカルチェック並びに健康管理アドバイスのもと、トレーニングやニュースポーツを元気にはつらつと行いましょう！

各自の「目標」に向かい、それぞれの体力に合った方法で、運動プログラムを行います。

【対象】 医師から運動を勧められている障害者・中高齢者

※申込された方には、西播磨病院において外来検査を受けていただきます（有料、全額自己負担）

【定員】 10名

【実施日】 3/1（水）、3/3（金）
3/8（水）、3/10（金）
3/15（水）、3/17（金）
3/22（水）、3/24（金） *全8回

*水曜日：13:30～15:00 アリーナ

金曜日：10:00～11:30 トレーニング室にて実施

*学校行事の関係で、水曜日の教室は「トレーニング室」になる場合があります

*時間は同じです



【参加費】 おひとり 月1,000円 初日に、集めさせていただきます。

*検査には別途料金が必要となります。検査料金は保険適用外で概ね4,000円程度です（6ヶ月ごとに要再検査）。

*教室中の事故について、主催者側に故意または重過失がない限り責任は負いません。

*詳しくはお問い合わせ下さい。



県立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 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28年度 ふれあいスポーツ交流館 「いきいき予防リハ」
受 講 申 込 書

申込み年月日	平成 年 月 日	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
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（）			
身長	cm	体重	kg	
【担当医からのメッセージ】				

※ ご記入いただいた個人情報、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。

[illegible]

＜送付先＞ ふれあいスポーツ交流館 FAX番号 0791-58-1323