

# 4月いきいき予防リハ

医師から運動を勧められている障害者・中高齢者の方  
教室に参加してみませんか？

## ①申込

別紙申込用紙に必要事項を記入し  
お申し込み下さい

申込締切：平成29年3月29日（水）

## ②外来受診

西播磨病院にて外来検査  
を受けていただきます。  
（6ヵ月ごとに要再検査）

受診料：4,000円

## ③教室参加

4月5日（水）・4月7日（金）  
4月12日（水）・4月14日（金）  
4月19日（水）・4月21日（金）  
4月26日（水）・4月28日（金）

教室参加費：1,000円

【水曜】

時間：13:30～15:00

場所：アリーナまたはトレーニング室

内容：健康体操やニュースポーツ等の実施

【金曜】

時間：10:00～11:30

場所：トレーニング室

内容：健康体操や器具を使用してトレーニングを実施

【問い合わせ】

兵庫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1-7-1

TEL(0791)-58-1313

FAX(0791)-58-1323





# 5月いきいき予防リハ

医師から運動を勧められている障害者・中高齢者の方  
教室に参加してみませんか？

## ①申込

別紙申込用紙に必要事項を記入し  
お申し込み下さい

申込締切：平成29年3月29日（水）

## ②外来受診

西播磨病院にて外来検査  
を受けていただきます。  
(6ヵ月ごとに要再検査)

受診料：4,000円

## ③教室参加

5月10日（水）・5月12日（金）

5月17日（水）・5月19日（金）

5月24日（水）・5月26日（金）

5月31日（水）

教室参加費：1,000円

【水曜】

時間：13:30～15:00

場所：アリーナまたはトレーニング室

内容：健康体操やニュースポーツ等の実施

【金曜】

時間：10:00～11:30

場所：トレーニング室

内容：健康体操や器具を使用してトレーニングを実施

【問い合わせ】

兵庫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1-7-1

TEL(0791)-58-1313

FAX(0791)-58-1323





# 6月いきいき予防リハ

医師から運動を勧められている障害者・中高齢者の方  
教室に参加してみませんか？

## ①申込

別紙申込用紙に必要事項を記入し  
お申し込み下さい

申込締切：平成29年3月29日（水）

## ②外来受診

西播磨病院にて外来検査  
を受けていただきます。  
(6ヵ月ごとに要再検査)

受診料：4,000円

## ③教室参加

6月2日（金）・6月7日（水）

6月9日（金）・6月14日（水）

6月16日（金）・6月21日（水）

6月23日（金）・6月28日（水）

【水曜】

時間：13:30～15:00

場所：アリーナまたはトレーニング室

内容：健康体操やニュースポーツ等の実施

教室参加費：1,000円

【金曜】

時間：10:00～11:30

場所：トレーニング室

内容：健康体操や器具を使用してトレーニングを実施

【問い合わせ】

兵庫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1-7-1

TEL(0791)-58-1313

FAX(0791)-58-1323



平成29年度 ふれあいスポーツ交流館 「いきいき予防リハ4～6月」  
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		性別	生年月日	年齢
受講者氏名		男      女	S      ・      ・	
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( )	

＜送付先＞ ふれあいスポーツ交流館 FAX番号 0791-58-1323