

# 7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 申込締切：平成29年6月28日（水）  
お申し込み下さい



## 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。

受診料：4,000円

※6ヵ月ごとに要再検査



## ③教室参加

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





# 8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 申込締切：平成29年6月28日（水）  
お申し込み下さい



## 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。

受診料：4,000円

※6ヵ月ごとに要再検査



## ③教室参加



8月2日（水）・8月4日（金）  
8月9日（水）・8月16日（水）  
8月18日（金）・8月23日（水）  
8月25日（金）・8月30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





# 9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 申込締切：平成29年6月28日（水）  
お申し込み下さい



## 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。

受診料：4,000円

※6ヵ月ごとに要再検査



## ③教室参加

9月1日（金）・9月6日（水）  
9月8日（金）・9月13日（水）  
9月15日（金）・9月20日（水）  
9月22日（金）・9月27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



平成29年度 ふれあいスポーツ交流館 「いきいき予防リハ7～9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、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