

# 4月いきいき予防リハ

健康増進・運動不足解消を目的として、元気に体を動かしましょう！

【対象者】 医師から運動を勧められている身体障害者・中高齢者

【申込方法】 別紙申込用紙に必要事項を記入し、お申し込み下さい

申込された方には、西播磨病院にて外来検査を受けていただきます

検査料金・・・4,000円（6ヵ月ごとに要再検査）

【参加費】 1人 1,000円

【日時】 4月4日（水）・4月6日（金）  
4月11日（水）・4月13日（金）  
4月18日（水）・4月20日（金）  
4月25日（水）・4月27日（金）

★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

健康増進・運動不足解消を目的として、元気に体を動かしましょう！

【対象者】 医師から運動を勧められている身体障害者・中高齢者

【申込方法】 別紙申込用紙に必要事項を記入し、お申し込み下さい

申込された方には、西播磨病院にて外来検査を受けていただきます

検査料金・・・4,000円（6ヵ月ごとに要再検査）

【参加費】 1人 1,000円

【日時】 5月9日（水）・5月11日（金）  
5月16日（水）・5月18日（金）  
5月23日（水）・5月25日（金）  
5月30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

★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

健康増進・運動不足解消を目的として、元気に体を動かしましょう！

【対象者】 医師から運動を勧められている身体障害者・中高齢者

【申込方法】 別紙申込用紙に必要事項を記入し、お申し込み下さい

申込された方には、西播磨病院にて外来検査を受けていただきます  
検査料金・・・4,000円（6ヵ月ごとに要再検査）

【参加費】 1人 1,000円

【日時】 6月1日（金）・6月6日（水）  
6月8日（金）・6月13日（水）  
6月15日（金）・6月20日（水）  
6月22日（金）・6月27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

★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

# 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