

# いきいき予防リハ 2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】** 2/1（水）、2/3（金）  
2/10（金）、2/15（水）  
2/17（金）、2/22（水）  
2/24（金） \*全7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				性別	男 ・ 女	年齢	歳
受講者氏名							
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