



しょうがい ひと かいじょしゃ いっしょ さんか けんこう かんが  
障害のある人と介助者が一緒に参加して、健康について考えてみませんか？

ば しょ み え ほくせいけんこうそうしん りょうきん むりょう  
【場所】三重北勢健康増進センター（ヘルスプラザ） 【料金】無料

ていいん くみ しょうがい ひと にん かいじょしゃ にん  
【定員】5組（障害のある人5人、介助者5人）

くるまいす りょう ひと くみ しょうがい ひと にん かいじょしゃ にん  
※車椅子を利用している人は3組（障害のある人3人、介助者3人）

たいしょう さいいじょう か き てちょうしょじしゃ しゅうだん きょうしつ さんか ひと かいじょしゃ  
【対象】18歳以上の下記の手帳所持者で、集団での教室に参加できる人とその介助者

さんか ばあい くわ と あ  
※おひとりで参加できる場合もあります。（詳しくはお問い合わせください。）

しんそうびょう ふせいみやく うんどうせいげん しゅじい うんどうふ か ほんだん ばあい さんか  
※心臓病・不整脈・運動制限があり、主治医が運動不可と判断した場合は、参加できません。

 たいしょう 対象	にちじ 日時 しょうかい きょうしつこうどう かいさい （初回は2教室合同で開催します。）	
しんたいしょうがいしゃてちょうしょじしゃ くるまいす りょう ひと 身体障害者手帳所持者（車椅子を利用している人）	がつ 9月7、14、21、28日 にち 木曜日	しょうかい 【初回】 16:30～17:30 かい 【2～4回】 16:00～17:00
せいしんほけんふくしてちょうしょじしゃ りょういくてちょうしょじしゃ 精神保健福祉手帳所持者、療育手帳所持者、 しんたいしょうがいしゃてちょうしょじしゃ 身体障害者手帳所持者 くるまいす りょう ひと しかくしょうがい ひと のぞ （車椅子を利用している人、視覚障害のある人を除く）	もうしこみしめきりび 【申込締切日】 がつ 8月20日（日）必着	しょうかい 【初回】 16:30～17:30 かい 【2～4回】 17:10～18:10
しんたいしょうがいしゃてちょうしょじしゃ しかくしょうがい ひと 身体障害者手帳所持者（視覚障害のある人） せいしんほけんふくしてちょうしょじしゃ りょういくてちょうしょじしゃ 精神保健福祉手帳所持者、療育手帳所持者、 しんたいしょうがいしゃてちょうしょじしゃ 身体障害者手帳所持者 くるまいす りょう ひと しかくしょうがい ひと のぞ （車椅子を利用している人、視覚障害のある人を除く）	がつ 10月5、12、19、26日 にち 木曜日 もうしこみしめきりび 【申込締切日】 がつ 9月20日（水）必着	しょうかい 【初回】 10:30～11:30 かい 【2～4回】 9:50～10:50 しょうかい 【初回】 10:30～11:30 かい 【2～4回】 11:00～12:00
しんたいしょうがいしゃてちょうしょじしゃ くるまいす りょう ひと 身体障害者手帳所持者（車椅子を利用している人）	がつ 11月7、14、21、28日 にち 火曜日	しょうかい 【初回】 16:30～17:30 かい 【2～4回】 16:00～17:00
しんたいしょうがいしゃてちょうしょじしゃ しかくしょうがい ひと 身体障害者手帳所持者（視覚障害のある人）	もうしこみしめきりび 【申込締切日】 がつ 10月20日（金）必着	しょうかい 【初回】 16:30～17:30 かい 【2～4回】 17:10～18:10

ないよう ぜん かい 内容 【全4回】	
はなし 【お話】	じたく うんどう しょくせいかつ かいじっし 自宅での運動・食生活について（1回実施）
じっぎ 【実技】	うんどう かいじっし プールでの運動（1回実施）
	きき しょう きんりょく かいじっし トレーニング機器を使用した筋力トレーニング（2回実施）

# 申 込 方 法

はがき、電話、FAX、もしくは三重北勢健康増進センター「ヘルスプラザ」  
1階総合受付へ、下記の申込内容でお申込みください。

※応募多数の場合は、市内在住者を優先および抽選になります。結果は全員にご連絡します。



【受付時間】 9:30~21:00 (日曜日は9:30~18:00)  
【休館日】 月曜日 ※祝日の場合はその翌日  
〒510-0851 四日市市塩浜町1-11  
電話: 059-349-3311 Fax: 059-348-0017



## ★ 平成29年度 障害のある人の健康づくり教室 いきいきライフ教室 申込書 ★

※平成29年9月~11月の間で、同じ教室に複数回の申込はできません。

申込日: 29年 月 日

対象	車椅子を利用している人(9月・11月) / 視覚障害のある人(10月・11月) 精神保健福祉手帳所持者・療育手帳所持者・身体障害者手帳所持者※(9月・10月) ※車椅子を利用している人、視覚障害のある人を除く		
(ふりがな) 参加者のお名前	( )	生年月日 年 月 日	年齢・性別 ( ) 歳 男・女
住所	〒	でんわ 電話	-
心臓病・不整脈 あり・なし	運動制限 あり・なし	主治医による教室参加の許可 あり・なし	
手帳の等級	障害名		
今までにかかった病名	病名( )	服薬中の	
現在、治療中の病名	( )	薬の名前	
痛みのある箇所	具体的な箇所に○をつけてください。 肩・首・腰・肘・股・膝	教室に参加する 介助者の有無	あり・なし
教室に参加する 介助者のお名前	(続柄: )	教室に参加する 介助者の年齢・性別	( ) 歳 男・女
平成28年度開催の当教室へ参加の有無	あり・なし		

※個人情報 的の取扱いについて: お預かりする個人情報は、教室の目的以外には使用いたしません。