



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 ほくせいけんこうぞうしん
【場所】三重北勢健康増進センター（ヘルスプラザ）

りょうきん むりょう ていいん くみ しょうがい ひと にん かいじょしゃ にん
【料金】無料 【定員】5組（障害のある人5人、介助者5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。

※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。）

しんぞうびょう 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。

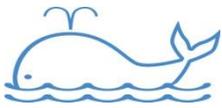
たいしょう 対象	にちじ 日時	しょうかい ※初回は2教室合同で開催します。
しんたいしょうがいしゃてちょうしょじしゃ 身体障害者手帳所持者 しかく しょうがい ひと 視覚に障害のある人	がつ にち 2月2、9、16、23日 もくようび (木曜日) もうしこみしめきりび 【申込締切日】 がつ にち きん ひつちやく 1月20日(金) 必着	しょうかい 【初回】 10:30~11:30 かい 【2~4回】 9:50~10:50
ちょうかく しょうがい ひと 聴覚に障害のある人	もうしこみしめきりび 【申込締切日】 がつ にち きん ひつちやく 1月20日(金) 必着	しょうかい 【初回】 10:30~11:30 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 身体障害者手帳所持者 くるまいす りょう ひと 車椅子を利用している人	がつ にち 2月2、9、16、23日 もくようび (木曜日) もうしこみしめきりび 【申込締切日】 がつ にち きん ひつちやく 1月20日(金) 必着	しょうかい 【初回】 16:30~17:30 かい 【2~4回】 16:00~17:00
くるまいす りょう ひと 車椅子を利用していない人	もうしこみしめきりび 【申込締切日】 がつ にち きん ひつちやく 1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
せいしんほけんふくしてちょうしょじしゃ 精神保健福祉手帳所持者	がつ にち 1月6、13、20、27日 きんようび (金曜日) もうしこみしめきりび 【申込締切日】 がつ にち か ひつちやく 12月20日(火) 必着	しょうかい 【初回】 16:30~17:30 かい 【2~4回】 16:00~17:00
りょういくてちょうしょじしゃ 療育手帳所持者	もうしこみしめきりび 【申込締切日】 がつ にち か ひつちやく 12月20日(火) 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】	したく 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)
じつぎ 【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 きんりよく 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28年度(1~2月) 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28年6月~平成29年3月の間で、同じ教室に複数回の申込はできません。

申込日: 年 月 日

対象	身体障害者手帳所持者 (視覚に障害のある人 ・ 聴覚に障害のある人) 車椅子を利用している人 ・ 車椅子を利用していない人) 精神保健福祉手帳所持者 ・ 療育手帳所持者		
(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	〒	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気 現在、治療中の病気	病名 () ()	服薬中の 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	あり有 ・ なし無
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27年度開催の当教室へ参加の有無	あり有 ・ なし無		

※個人情報 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。