

四日市市主催
9～11月開催分

障害のある人と介助者が一緒に行う運動教室

「いきいきライフ教室」



障害のある人と介助者が一緒に参加して、健康づくりを始めませんか？

運動の専門家である健康運動指導士・健康運動実践指導者が、健康づくりに効果的なトレーニング機器を使用した運動や水中運動の実施方法について、実技を交えてお伝えします。



【場所】 三重北勢健康増進センター「ヘルスプラザ」

【料金】 無料

【定員】 2組（障害のある人2人、介助者2人）

【対象】 18歳以上で、身体障害者手帳・療育手帳・精神保健福祉手帳、いずれかの所持者と介助者。

※手帳所持者で介助の必要がない人は、おひとりで参加できる場合もあります。

※上記の手帳所持者以外でも、運動機能の低下により、立つ・歩く等の日常生活動作に介助が必要な方は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。）

※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。

	水中運動コース		トレーニングジムコース
時間	1回1時間程度		1回1時間程度
場所	第2プール (専用使用が入っている場合は、第1プール)		トレーニングジム内 ユニバーサルエリア
内容	健康づくりに効果的な水中運動		健康づくりに効果的な トレーニング機器を使用した運動
持ち物	水着・水泳帽・タオル・飲み物		上靴・タオル・飲み物 ※運動ができる服装で参加してください



開催日程は裏面のカレンダーを
ご覧ください

障害のある人と介助者が一緒に行く運動教室
【いきいきライフ教室】

開催日カレンダー

水中：水中運動コース
ジム：トレーニングジムコース

9月						
日	月	火	水	木	金	土
		1 【ジム】10:00～	2 【ジム】13:30～	3	4	5 【水中】13:30～
6	7 休館日	8 【水中】10:00～	9	10 【ジム】17:30～	11 【ジム】10:00～ 【水中】17:30～	12
13	14 休館日	15	16 【ジム】10:00～	17	18	19 【水中】13:30～
20	21	22	23 休館日	24 【水中】13:30～	25 【水中】10:00～	26 【ジム】13:30～
27	28 休館日					

10月						
日	月	火	水	木	金	土
				1	2	3
4	5 休館日	6 【ジム】13:30～	7	8	9 【水中】10:00～	10
11	12 休館日	13	14 【ジム】10:00～	15	16 【水中】10:00～	17 【水中】13:30～
18	19 休館日	20 【ジム】13:30～	21	22 【ジム】17:30～	23 【水中】17:30～	24
25	28 休館日	27	28 【ジム】10:00～	29	30	31 【水中】13:30～

11月						
日	月	火	水	木	金	土
1	2 休館日	3	4	5	6 【水中】10:00～	7
8	9 休館日	10 【ジム】13:30～	11	12	13	14
15	16 休館日	17 【水中】13:30～	18	19 【ジム】17:30～	20 【水中】17:30～	21
22	23	24 休館日	25	26	27	28 【ジム】10:00～
29	30 休館日	31				

※ お申込みは開催日の2週間前までに、別紙の申込書にご記入の上、下記までお願いいたします。
※ 災害や感染症等のため教室を中止する場合があります。

三重北勢健康増進センター「ヘルスプラザ」 1階総合受付
【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

申込方法

開催日の2週間前までに、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。



【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



★障害のある人と介助者が一緒に行う運動教室 いきいきライフ教室 申込書 ★

※2020年6月~2021年3月の間で、各コースあわせて4回まで申込できます。

申込日: 年 月 日

コース名	水中運動コース ・ トレーニングジムコース		
開催日時	月 日 () 時 分から		
(ふりがな) お名前	()	教室に参加する 介助者	() (続柄:)
年齢	歳		歳
住所	〒		
電話	- -	手帳の種類	
手帳の等級		障害名	
車椅子の利用	有 ・ 無	今までにかかった 病気・治療中の病気	
内服中の 薬の名前		体の関節で 痛みのある部位	
心臓病・不整脈	有 ・ 無	医師からの 運動制限・注意	有 ・ 無
主治医は運動を 許可していますか?	はい ・ いいえ	※有の場合は具体的にお書きください。	

※個人情報の取扱いについて: 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。