

(2021年度)

「健康フィットネス教室」



リズム体操・ストレッチ・筋力トレーニングまで幅広く
気軽にできるエクササイズメニューの教室です。

運動が苦手な方にも楽しんで参加していただけるような内容にな
っていますので幅広い年齢層の方におススメです。

室内用運動靴不要

日時：毎週木曜日

(第4木曜日は休館日の為お休み)

13:30～14:30

場所：光市総合体育館

定員：先着30名

ご夫婦での参加も多い教室です!

参加費：1600円/月3回

申込先：光市総合体育館

0833-72-9100

※荒天候等、教室のお休み・変更は、「(公財) 光市スポーツ振興会」の
ホームページ【<http://hikari-suposhin.com/>】でお知らせします。
各個人へのご連絡はいたしません。



「健康フィットネス教室」(2021年度)



ストレッチから筋力トレーニングまで気軽にできるエクササイズ
メニューの教室です。

運動が苦手な方にも楽しんで参加していただけるような内容
になっていますので、幅広い年齢層の方におススメです。

「気軽」に「楽しく」エンジョイエクササイズ

- 対 象 : 40歳以上の健康な男女
- 日 時 : 毎週木曜日 13:30~14:30(第4木曜日は為お休み)
※日程については裏面に記載
- 会 場 : 光市総合体育館 サブアリーナ
- 定 員 : 約30名(先着順)
- 教室内容 : ストレッチ・リズム運動・筋力トレーニング・ボール運動 など
- 持 参 品 : 運動のできる服装・マット・タオル・飲料水
(飲料水はペットボトル、スクイズボトル等蓋のあるもの)
- 参 加 費 : 1600円/月3回
(※2100円/月4回、1100円/月2回の場合あり)



※毎月教室初日に体育館窓口にお支払ください。

《お願い》キャンセル待ちの方の為に、途中でやめられる場合は早めにご連絡をお願いいたします。
毎月教室初日の前日までに連絡がない場合はその月の参加費をいただきます。

- 申 込 先 : 光市総合体育館
(公財)光市スポーツ振興会 〒743-0011 光市大字光井 1941-1
TEL 0833-72-9100

- そ の 他 : ※主催者が取得した個人情報について、参加案内、開催情報の通知に使用することをご了承
ください。事業の趣旨に反する使用はいたしません。
※教室中の安全については配慮いたしますが、万一の事故の場合は主催者が応急処置並びに
(公財) 光市スポーツ振興会が加入する行事保険の範囲内で対応いたします。その後の処置
については、自己の責任において対処してください。
※教室中は、自己の体力に合わせて、無理のないようにして下さい。

新型コロナウイルス感染拡大防止対策

- 1 教室参加時(行き帰り・休憩中)には必ずマスクを着用すること
- 2 教室参加前に検温をすること
(37.5℃以上を超える発熱がある場合は教室への参加はできません)
- 3 咳・のどの痛みなど風邪の症状はない
- 4 だるさ(倦怠感・息苦しさ)はない
- 5 嗅覚や味覚の異常はない
- 6 新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触はない
- 7 同居家族や身近な知人に感染者が疑われる者はいない
- 8 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国や地域等
への渡航歴又は、当該在住者との濃厚接触はない

「健康フィットネス教室」申 込 書

(2021 年度)

氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日 (才)
住所	〒		
TEL	自宅 ・ 携帯電話 ※携帯電話をお持ちの方は、必ず両方記入してください。		
経験	最近の運動経験を教えてください。 ◎種類 (健康教室等) 『 』 ◎期間 『 』 ◎場所 『光市総合体育館 ・ その他 ()』		

※教室中の安全には十分配慮しますが、万一の事故の際には(公財)光市スポーツ振興会が加入している保険の範囲内で対応致します。その後の処置については、自己の責任において対処して下さい。

※教室中は、自身の体力に合わせて、無理のないようにして下さい。

アンケート

Q 1	教室に期待することは何ですか？	{	}
Q 2	【昨年度参加された方】 内容についての希望を教えてください。 ① レベルUPしたい ② レベルKEEPしたい ③最初からやりたい ④ その他 (④と答えた方は下に理由を記入してください)	{	}
Q 3	【昨年度参加された方】 教室に参加しての感想は？	{	}
Q 4	その他、何かありましたらお書き下さい。	{	}

問 診 表

- (1) 心臓が悪いと言われたり、心電図に異常があると言われた
ことがありますか？ はい いいえ
- (2) 高血圧症と言われたことがありますか？ はい いいえ
- (3) 糖尿病と言われたことがありますか？ はい いいえ
- (4) コレステロールまたは中性脂肪が高いと言われたことがあ
りますか？ はい いいえ
- (5) 痛風または尿酸値が高いと言われたことがありますか？ はい いいえ
- (6) 運動中にひどい息切れが出たことがありますか？ はい いいえ
- (7) めまいが起こり、気を失ったことがありますか？ はい いいえ
- (8) タバコを吸いますか？ はい いいえ
- (9) アルコールを飲みますか？ はい いいえ
- (10) これまでに、スポーツに伴うケガ、故障の経験はありますか？ はい いいえ
- (11) 血縁者に、心臓の病気をした方がいますか？ はい いいえ
- (12) 血縁者に、高血圧の方がいますか？ はい いいえ
- (13) 血縁者に、糖尿病の方がいますか？ はい いいえ
- (14) 現在、病院で治療を受けていますか？ はい いいえ
- (15) どのような薬を処方されていますか？ ()
- (16) これまでのスポーツ経験は？
(種目： () 才～ () 才・種目： () 才～ () 才)
- (17) 生まれてから現在までに、何か病気をしましたか？
(() 才～ () 才・ () 才～ () 才)
- (18) その他、気になる事があればご記入ください
()