

# [ストレッチ教室]

(2021年度)



**ストレッチは運動の基本です。**

**ストレッチ+簡単な筋トレで体をほぐして**

**怪我をしにくいbodyを作しましょう。**

仕事帰りに一日の疲れをほぐしに、ふらっと立ち寄ってみてください。

年齢性別様々。

お気軽にご参加ください。



**日時 : 金曜日 17:45~18:45(1時間)**

**場所 : 光市総合体育館 サブアリーナ**

**募集人員: 30名**

**参加費: 800円/月4回**

**準備品: 動きやすい服装・タオル・水分補給用の飲料水**

**申込先: 光市総合体育館**

**0833-72-9100**

※室内シューズ必要なし!!



# 光市総合体育館【ストレッチ教室】 2021年度

## 参加者募集

『ストレッチ』は運動の基本デス！  
まずは、『ストレッチ』で体をほぐして**怪我を  
しにくいBody**を目指しましょう



☆対象 18歳以上の健康な男女

☆日時 金曜日 … 17:45~18:45 (1時間)

※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・簡単な筋力トレーニング など

☆持参品 運動できる服装・タオル・マット・飲料水 (蓋付き)

☆参加費 800円/期/ 4回

※4回以外の場合は下記の通り

500円/期/2回 ・ 600円/期/3回

☆申込先 光市総合体育館 TEL0833-72-9100

☆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

# 光市総合体育館「ストレッチ教室」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、必ず両方記入して下さい。					
運動経験	今までの運動の経験を教えてください。 ◎種目『 <span style="float:right">』</span> ここ3年以内の運動経験を教えてください。 ◎種目『 <span style="float:right">』</span>					

※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 その他 (③ 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) 心臓が悪いといわれたり、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  
( )