

2024 年度 大阪市舞洲障がい者スポーツセンター スポーツ教室
 つづけよう水泳 前期 申込書
 ～健康増進プロジェクト～

*記入漏れのないようにお願いします。

ふりがな			年 齢	歳
氏 名				
現 住 所 (連絡先)	〒 -			
	TEL	()	-	
	FAX	()	-	
	MAIL _____			
	大文字・小文字・記号など明確にご記入ください。また、【@fukspo.org】からメールが受信できるよう設定をお願いいたします。(受講可否通知や実施態度変更時に連絡いたします。)			
障がい について	肢 体		種 級	
	視 覚		A	B1 B2
	聴 言			
	内 部			
	知 的			
	精 神			
	障がい名			
	重複する障がいがある場合は、「○」をつけてください。			
	肢 体			
	視 覚			
	聴 言			
	内 部			
	知 的			
	精 神			

下記の項目に必ずお答えください。(受講可否には関係しません)

- 現在の健康面で気になることに「○」をつけてください。
 - 1) 体重が増加した
 - 2) 運動不足(運動習慣がない)
 - 3) 筋力が落ちた
 - 4) 血圧が上がった
 - 5) 膝や腰、関節に痛みがある
- 現在のプール活動の頻度を教えてください。
 - 1) 週2回以上
 - 2) 週1回程度
 - 3) 月1回程度
 - 4) 何カ月もおこなっていない
- 運動する上で、健康面での注意事項はありますか？(医師から言われていることなど)
 - 1) ある
 - 2) ない
- 3で「1 ある」と答えられた方は、その内容についてお書きください。

()
- 本教室に対する希望をお書きください。(受講可となった場合に目標設定の参考とします)

()

*「申込書」に記載の個人情報ならびに主催者が作成した写真や映像等は、個人情報保護関係法令を遵守し、参加関係事務および当センターホームページ、情報誌等の掲載のみに使用し、それ以外の目的には使用いたしません。

受付日： / 受付者：