年 月 日

よかば～い体操巡回教室指導員派遣申込書【継続団体用】

大牟田市長　殿

 （申請者）

住　　所

団 体 名

代表者名

標記の件について、下記のとおり申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| ① | 　　　年 　 月 　日（ 　 ）  |
| ② | 　　　年 　 月 　 日（ 　 ）  |
| ③ | 　　　年 　 月 　 日（ 　 ）  |
| ④ | 　　　年 　 月 　 日（ 　 ）  |
| ⑤ | 　　　年 　月 　 日（ 　 ）  |
| ⑥ | 　　　年 　 月 　 日（ 　 ）  |
| ⑦ | 　　　年　 月 　日（ 　）  |
| ⑧ | 　　　年 　 月 　 日（ 　 ）  |
| ⑨ | 　　　年 　 月 　 日（ 　 ）  |
| ⑩ | 　　　年 　月 　 日（ 　）  |
| ⑪ | 　　　年 　 月 　 日（ 　 ）  |
| ⑫ | 　　　年 　月 　 日（ 　 ）  |

|  |  |
| --- | --- |
| 時　　間 | 時　　　分　　～　　　時　　　分 |
| ところ | 施設名 |  |
| 所在地 |  |
| 受講者 | 予定者数 | 　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 連絡先 | 住所 | □申請者と同じ |
| 担当者名 | □申請者と同じ |
| 電話番号 |  |

※おおむね10人以上の参加が必要です。

※指導員の業務等の関係で日時等ご希望に添えない場合や変更をお願いする場合もありますのでご了承ください。

※特定の政治、宗教又は営利を目的とした催し等には派遣できません。

※申込みは、当該年度末(3月31日)までとする。

※定期予定日を別日に変更したい場合は、変更届（様式4号）を主管課へ提出してください。場合によって変更ができないときもあります。

【お願い】

・始まる３０分前には集合し、血圧測定を行ってください。

・各自でお茶または水（水分補給）、タオル（体操で使用）を準備し、

体操できる服装（ズボン等）で参加してください。

・体操直前の食事は控えましょう。

・体調が悪い時には体操を控えましょう。

・体操には自己責任での参加になりますので、必ず巡回教室開催に係る事故を担保できる保険に加入しましょう。

【こんな人は体操を行えません！】

※下記の項目に該当する方は主治医に相談してください

１．心筋梗塞や脳卒中を最近６か月以内に起こした人

２．狭心症、心不全、重症不整脈のある人

３．収縮期血圧１８０mmHg以上、拡張期血圧が１１０mmHg以上の高血圧の人

４．慢性閉塞性肺疾患（慢性気管支炎、肺気腫等）で息切れ、呼吸困難がある人

５．糖尿病で重篤な合併症（網膜症、腎症）のある人

６．急性期の関節炎、関節痛、腰痛、神経症状のある人

７．急性期の肺炎、膵炎などの炎症のある人

８．その他、運動をすることで健康状態が急変あるいは悪化する危険性がある人