

期間限定

《 2年連続 》 さが桜マラソン完走率100%！！

第3回 信愛ランニング教室

今年も、医療法人信愛整形外科医院併設の『メディカルフィットネス信愛』がランニング教室を開催します。今年4月に開催された「さが桜マラソン」では、“2年連続フルマラソン完走率100%”を達成することができました！！「フルマラソンに挑戦したいけど、どういった練習をしたらいいの？」「普段走ってるけど、すぐ怪我をしてしまう。」など、ランニング初心者だけでなく、怪我等で記録が伸び悩んでいる方にもオススメの教室です！！各種大会へも一緒に参加したりと、仲間づくりも出来ます！

第2回教室参加者の声

自己流のランニングで膝を痛めたことがありましたが、フォームの改善点について、一つ一つ順を追って指導があり、とても勉強になりました。(50代・男性)

一緒に練習できる仲間がいるって心強かったです。偶然目にしたチラシのおかげで、ビギナーの私が、ずっと夢だった「フルマラソン完走」を実現することができました！(40代・女性)

一人で走ることの多かった私にとって、教室のみなさんとの練習はモチベーションを保つ良い機会でした。スタッフさんから目標に応じて適切にアドバイスをいただけるのも心強かったです。お蔭で2年連続完走することができました。(40代・女性)

募集人数 10名

対象

フルマラソン完走を目指す
18歳以上の健康な男女

※応募多数の場合は抽選とさせていただきます。

タイム目安: 完走～4時間切り



2016桜マラソンスタート前
「完走目指して頑張るぞ～！」

教室期間 平成28年10月1日(土)～平成29年3月16日(木)

練習予定 練習会では、実技だけではなく、適宜講義も実施します。
詳細の内容については、初回練習時【10月1日(土)】に説明します。

- ・土曜練習会(14時～16時頃予定) 場所:佐賀県総合運動場(練習内容により変更あり)
《H28:10/1,11/5,12/3 H29:1/14,2/25,3/11》計6回
- ・木曜練習会(18時30分～19時40分頃予定) 場所:信愛整形外科医院内および周辺
《毎月第1・3週の木曜日》計12回 ※11月・1月は第1週ではなく第2週に実施します。

参加費 18,000円(税込) ※教室途中での返金は致しかねますのでご了承ください。

- ・料金には練習会参加費(18回分)、各種検査料(形態測定、体力測定、整形外科的簡易検査、フォーム動画撮影等)、スポーツ傷害保険料が含まれます。
- ・さが桜マラソン参加費、各種大会参加費は各自負担(任意参加)

一般参加者特典 教室期間中は、練習会が無い日も「メディカルフィットネス信愛」を1回500円で利用できます。

申込方法

参加申込書兼問診票(2枚)に必要事項をご記入後、下記問合せ先まで郵送、FAXもしくはご持参ください。参加申込書は、当院ホームページよりダウンロード出来ます。
※既往症や持病をお持ちの場合は、教室への参加をお断りする場合がございますので、予めご了承ください。

申込締切

9月24日(土)18時迄

問合せ先

医療法人信愛整形外科医院 疾病予防運動施設「メディカルフィットネス信愛」
住所:佐賀市川原町4番8号 TEL:0952-22-1007 FAX:0952-28-5526
ホームページ: <http://www.shin-ai-seikei.jp> ランニング教室担当 岡崎迄



第3回 信愛ランニング教室 参加申込書兼問診票

ご記入日：H 28 年 月 日

フリガナ 名前		生年月日	S・H	年	月	日	歳
住所	〒						
電話		緊急連絡先					
メールアドレス	@		※練習会等の連絡用に使用します。				

■既往症：これまでに病気・怪我・検査などで、入院あるいは一か月間以上の外来通院をしたことがありますか？
ある（下の表に記入してください） ない

年齢	病名	病院名	治療期間	手術	輸血
歳			年 月	有・無	有・無
歳			年 月	有・無	有・無
歳			年 月	有・無	有・無

■現在、病院に通院されていますか？
通院している（下の表に記入してください） 通院していない

いつから	病名	病院名	内服薬（薬の名前）
年 月から			() ・無
年 月から			() ・無
年 月から			() ・無

■検診で、下記の項目について指摘をうけたことがありますか？

- 高血圧 低血圧 貧血 高血糖 高尿酸血症 痛風 肥満
骨粗鬆症 脂質異常 メタボリックシンドローム ココモティブシンドローム
不整脈 徐脈 頻脈
その他 ()

■アレルギーはありますか？

- ない 花粉症 アレルギー性鼻炎 食物アレルギー ()
薬アレルギー () その他 ()
喘息 (歳から・最後の発作は 頃・吸入薬名)

■現在、あるいはこの半年間で感じた症状はありますか？

- 胸・首・顎・腕または他の部位（部位名： ）のしめつけられるような痛み・圧迫感・灼熱感
安静時、あるいは軽い労作時の息切れ
横になるより座った方が呼吸が楽（起座呼吸）または夜間に急に呼吸が苦しくなる（発作性夜間呼吸困難）
下肢のむくみ 動悸または頻脈
5～10分程度歩くと、足に痛みやしびれ、脱力が起こり、歩けなくなる。一休みするとまた歩けるようになるが、再び同じ症状を繰り返す（間欠性跛行）
日常的な身体活動での異常な疲労感または息切れ
関節の痛み 首 ・ 肩 ・ 腰 ・ 膝 ・ 足首 ・ 股関節 ・ その他の部位 ()
その他の症状 ()

誓約書

メディカルフィットネス信愛 御中

私は教室に参加するにあたり身体上問題がないことを確認の上、参加を申し込みます。なお、記入事項に虚偽はありません。

私は運動によって引き起こされる危険を理解し、運動を行うに際しては体調に十分留意して行います。

また、私は自分の責任において運動を実施し、貴施設に故意または重大な過失があった場合以外は、施設利用中、運動中の事故について、貴施設に対して一切の責任を問いません。

※この参加申込書にご記入いただきました内容につきましては、個人情報保護法に基づき、ご利用上の諸連絡や利用状況確認のために利用いたします。

名前	印
----	---

※2枚目のアンケートへのご記入もお願いします。

- ランニングに関する下記の項目について回答してください。
(実技および講義の参考にさせていただきます)

- ・現在の自己ベスト記録

(公認記録でなくても構いません。大会や練習で計測したことのあるものを書いてください。)

5km: 分 秒 10km: 分 秒
ハーフマラソン: 時間 分 秒 フルマラソン: 時間 分 秒

- ・現在の練習の状況(1ヶ月間の走行距離、練習頻度、練習内容など)

- ・現時点での目標(目標タイムや教室期間中の目標(例:2日に一度は走る)など)

フルマラソンの目標タイム: 時間 分 秒

教室期間中の目標

- ・普段のランニング実施時の悩みなど

※ご記入ありがとうございました。参加申込書は、下記提出先まで郵送、FAXもしくはご持参ください。
なお、抽選となった場合も含め、教室参加の可否は9月26日(月)以降にご連絡いたします。

提出先

〒840-0843 佐賀市川原町4番8号

医療法人信愛整形外科医院「メディカルフィットネス信愛」ランニング教室担当 岡崎宛

TEL: 0952-22-1007 FAX: 0952-28-5526

※ご持参いただく場合は、医療法人信愛整形外科医院の2階にお願いいたします。

営業時間: 平日(月~金) 9:00~20:00、土曜 9:00~18:00

日曜・祝日は休館日