

期間限定

参加者募集！一緒に感動を味わいましょう！

第4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。今回で4回目の開催となりますが、今回は土曜日の練習会の回数と時間を増やし、走るトレーニングだけでなく、準備運動や整理運動、そして怪我予防のための補強トレーニングもしっかりと行います。また、平日の練習時間も19時からと、働き世代の方が参加しやすい時間設定をしております。

「フルマ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、仲間づくりもできます!

募集人数

15名

対象

フルマソン完走を目指す

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



2017桜マソンスタート前
「完走目指して頑張るぞ〜!」

教室期間

平成29年10月7日(土)～平成30年3月31日(土)

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7日(土)】に説明します。

- ・土曜練習会 (14時～17時頃予定) 場所: 信愛整形外科医院内および周辺
《H29: 10/7, 21, 11/25, 12/16, H30: 1/20, 2/3, 24, 3/3》 計8回
- ・木曜練習会 (19時00分～20時30分頃予定) 場所: 信愛整形外科医院内および周辺
《毎月第2週の木曜日》 計6回 ※場所は、練習内容により変更することがあります。

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。

- ・参加費には、練習会参加費(14回分)、各種検査料(体組成測定、体力測定、整形外科的簡易検査、血管年齢測定、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。
※筋カトレーニングマシンやランニングマシンが使用できます!!

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できます。
※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30日(土)18時迄

指導担当

問合せ先

医療法人 信愛整形外科医院2階
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
ランニング教室担当 岡崎迄
HP: <http://www.shin-ai-seikei.jp>



その他、マソン完走経験のあるスタッフがサポートします。

岡崎 寛実 (走歴20年)
・健康運動指導士
・JRTA認定ランニングインストラクター

第4回 信愛ランニング教室 参加申込書兼問診票

ご記入日：H 29 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10月2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