

サンスポート 運動処方箋 申込用紙

施設・団体名	代表者・担当者名：			
連絡先	住所： TEL： FAX： E-Mail：			
◆ 運動に関する希望・要望 ※該当するものに○をつけてください（複数回答可）				
内容 目的	<input type="checkbox"/>	音楽体操	<input type="checkbox"/>	ウォーキング・散歩
	<input type="checkbox"/>	ストレッチ（身体をほぐす）	<input type="checkbox"/>	トレーニング（体カ・筋カアップ）
	<input type="checkbox"/>	レクリエーション（ゲーム）	<input type="checkbox"/>	有酸素運動（肥満予防・ダイエット）
	<input type="checkbox"/>	その他（内容を記載してください）		
運動の状況 場所 用具 イメージ など	<input type="checkbox"/>	一人（個人）で取り組むもの	<input type="checkbox"/>	みんなで（複数人が同時に）できるもの
	<input type="checkbox"/>	用具を使わずにできるもの	<input type="checkbox"/>	用具（タオル・新聞紙等）を使うもの
	<input type="checkbox"/>	座ったまま、その場で行えるもの	<input type="checkbox"/>	大きな動きや運動量を確保できるもの
	<input type="checkbox"/>	短時間でできるもの	<input type="checkbox"/>	ゆっくり・じっくり取り組むもの
	<input type="checkbox"/>	その他（内容を記載してください）		
提供の手段	<input type="checkbox"/>	動画 （DVD・ネット配信・メール）	<input type="checkbox"/>	写真・イラスト （解説・アドバイス付）
	<input type="checkbox"/>	文書 （質問・要望への回答・アドバイス）	<input type="checkbox"/>	電話 （口頭での相談・アドバイス）
その他	（何でもご自由に！）			