

体のゆがみを知り、本来ある形・機能を取り戻しましょう!

# カラダ調整体操 (月謝制)

## 無料体験実施中!

★ 火曜・ビギナークラス

カラダスッキリ!  
これから始める方におすすめです。

ご自身の体のゆがみを知り、改善する事を目的としたエクササイズを行います。姿勢づくりの基礎からスタートするので、これから始める方・体力に自信のない方におすすめです。

★ 木曜・プラスクラス

体を整え、より良い動作・姿勢を身につけたい方に。

体のゆがみを知り改善し、姿勢を整える目的のストレッチやエクササイズを行います。加えて背骨や股関節などの機能向上、体の動かし方が学べるクラスです。

場所

神奈川県立スポーツセンター  
スポーツアリーナ2 フェンシングフロア

日時

カラダ調整火曜・ビギナークラス  
9:30-10:30 (定員40名)  
※火曜日クラス新規開校  
カラダ調整木曜・プラスクラス  
9:30-10:30 (定員40名)

受講料

¥2,750円/月  
※税込・傷害保険料含む

持ち物

動きやすい服装  
タオル・飲み物



講師：八巻稔秀

お申し込み  
お問い合わせ

神奈川スポーツコミュニケーションズ株式会社

TEL : 0466-82-7050

〒251-0871 神奈川県藤沢市善行7-1-2  
神奈川県立スポーツセンター  
<https://shisetsu.mizuno.jp/m-7624>

教室お申込はこちら

- 営業時間 9:00~21:00
- 休場日 毎週月曜日・祝日の翌日

主催：神奈川スポーツコミュニケーションズ株式会社 協力：ミズノ株式会社、公益財団法人神奈川県スポーツ協会

※お申込みの際にご提供いただく個人情報は、厳重に管理いたします。  
当グループ主催イベントの案内等を送付する場合がございますので、ご了承ください。

キリトリ

## 教室申込書

受付日時 令和 年 月 日

教室名	KSCカラダ調整体操 (月謝制) 火曜ビギナー・木曜プラス・両方		
(フリガナ)			
氏名			性別 男・女
生年月日	西暦	年 月 日 ( 歳)	
住所	〒 - 神奈川県 市		
ご本人連絡先	(携帯)	(自宅)	
緊急連絡先 (最低1名はご記入ください)	①お名前:	連絡先:	(続柄)
	②お名前:	連絡先:	(続柄)
メールアドレス			

体のゆがみを知り、本来ある形・機能を取り戻しましょう！！

# カラダ調整体操（月謝制）カレンダー

## カラダ調整体操

休館日

火曜日

木曜日

火曜日/木曜日 クラス/時間 一般クラス 9:30-10:30  
開催場所 アリーナ2 フェンシングフロア

7月						
日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

8月						
日	月	火	水	木	金	土
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

9月						
日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

※開催日程は、変更する場合がございます。あらかじめご了承ください。

●必要事項明記の上、“メール”または“スポーツアリーナ2受付窓口”でのお申込みをお願いいたします。

【お申し込み時必要事項】 ①教室名 ②対象(クラス) ③参加者名(フリガナ) ④性別 ⑤生年月日  
⑥学年 ⑦住所 ⑧電話番号 ⑨メールアドレス ⑩緊急連絡先

【受付メールアドレス】 kanagawasc@mizuno.co.jp

●参加決定の際は参加決定通知を送らせていただきます。参加料は教室当日、現金でお支払いください。

●月謝制スクール以外の教室でお申込みが定員を超えた際は抽選となります。

※感染の状況や参加応募人数によりやむを得ず教室を中止する場合があります。

定員にまだ空きがございます。  
ご入会の方は、お早めにお申し込みください。

## 健康申告書

1. 今までにかかったことのある病気に○をつけてください。(既往歴)	
①高血圧 ②脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血) ③呼吸器疾患	④心臓疾患(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞) ⑤糖尿病 ⑥肝臓疾患
⑦腎臓病 ⑧脂質異常症 ⑨貧血 ⑩骨粗鬆症	⑪その他( )
2. 体質について該当する事項に○をつけてください。(現症状)	
①頭痛 ②耳鳴り ③めまい・ふらつき ④息切れ ⑤どうき ⑥胸を急にひきしめられる	⑦手足の痺れ ⑧手足の麻痺 ⑨食欲不振 ⑩むくみ
⑪尿回数多い ⑫その他( )	
3. 現在かかっている病気がありましたら詳しくご説明ください。(治療状況)	
①現在治療している	病名〔 〕
②服薬はしていないが経過観察中	病状〔 〕
③治療中の病気はない	治療状況〔 〕

上記に相違ありませんので、施設の規則に従うとともに施設もしくは第三者に損害を与えた時は、当方において責任をもって処理することを誓約し、参加申込をします。

年 月 日 氏名

※中学生以下の参加は、保護者の方がご署名をお願い致します。

受付日	受付印