

第3回 ユフォーレ健康合宿



ニプロ 健康寿命日本一!

1泊2日の実践プログラムを通して、生活習慣を見直しましょう!

健康運動指導士や栄養士などによる実践を中心とした運動・栄養指導を豊かな自然の中で体験してみませんか?皆さんの参加をお待ちしております!

開催内容

開催日: ①・②・③のいずれかをお選びください。

(※1泊2日の合宿を2回行います。全日程参加できる方を募集致します。)

①R1.10.29(火)~10.30(水)/R2.1.21(火)~1.22(水)

②R1.11.19(火)~11.20(水)/R2.2.18(火)~2.19(水)

③R1.12.7(土)~12.8(日)/R2.2.29(土)~3.1(日)

定員: ①、②、③とも**10名**(先着順)

内容: 健康チェック、医師講話、ウォーキング、エクササイズ、調理実習など

対象者: 次の①~③を満たす方(※但し、現在生活習慣病等で治療中の方は除きます。)

①空腹時血糖値100~126mg/dl または HbA1c: 5.6~6.5%

②年齢が35歳~74歳まで

③腹囲が男性85cm以上・女性90cm以上 または BMIが25以上

※③に関しては人数に余裕がある場合はこれに限らない。

宿泊地: 秋田県健康増進交流センター ユフォーレ(住所: 秋田市河辺三内字丸舞1-1)
(ユフォーレ トレーニングルーム直通電話: 018-884-2066)

参加費: 12,000円

- ・個室宿泊料(1泊2日×2回分)
- ・1泊2日4食付き(×2回分)
- ・調理実習費用(材料費等)
- ・運動指導料
- ・ユフォーレ 各施設全館利用料等全て含まれた金額です。



持ち物: 保険証、運動着、内靴、エプロン、宿泊用品等

★第2回参加者からの声★

専門スタッフによる個々に合わせた丁寧な指導や調理実習を通して、実践的に学びました。



食事記録用紙を用いた3ヶ月間のフォローもあり、食生活を見直すきっかけになりました。

自宅でもできる運動を教えてもらい、実践した結果、腹囲等の数値が改善しました!

合宿プログラムの流れ

健診結果を提出し、申込

1回目の合宿参加

電話やメール等による支援
(3か月間)

2回目の合宿参加

- 職場の健診等で血糖値が高めの方が対象となります。申込の際は**健診結果の写し**をご提供ください。
※健診結果は1年以内のものに限る。
- 2回目の合宿までの3ヶ月間にご自宅での運動や適切な食生活が継続できるよう電話やメール等による支援を行います。
- 体力測定により、1回目の合宿との変化を評価します。

当日は**10時まで**に

秋田県健康増進交流センター ユフォーレ にお越しください。

【タイムスケジュール】 ※スケジュールは予定です。

1日目	
～10:00	受付 (チェックイン)
10:30～11:20	オリエンテーション・館内案内
11:20～12:30	健康チェック・体力測定
12:30～13:30	昼食
13:30～15:00	医師の講話・相談
15:00～17:00	エクササイズ
18:00～19:00	夕食
19:00～20:00	個別面談
20:00～20:30	筋トレ・ストレッチ

2日目	
6:30～ 7:00	ウォーキング
7:00～ 8:00	朝食
8:00～ 9:00	個別面談
9:00～10:00	トレーニング
11:00～13:30	調理実習
14:00～	解散

空き時間はフリータイムとなっており、トレーニングルームや各施設を利用することができます。



申込書を、下記宛てにFAX、郵送またはメールにてお送りください。

◆秋田県健康増進交流センター ユフォーレ トレーニングルーム

住 所：秋田市河辺三内字丸舞1-1

電 話：018-884-2066 (トレーニングルーム直通)

F A X：018-884-2131

メ ール：yufore-tr@yufore.jp

申込期間：令和元年6月17日(月)～合宿開催日2週間前

※事業評価のため、本事業参加前後の各種測定結果やアンケートについて、個人が特定されない形でホームページ等で公表される場合がありますのでご了承ください。

ユフォーレ健康合宿 参加申込書

【申込先】

秋田県健康増進交流センター
ユフォーレ トレーニングルーム
FAX：018-884-2131
郵送先：秋田市河辺三内字丸舞1-1
メール：yufore-tr@yufore.jp



私は、健診結果や合宿中の各種測定データ、アンケートについて、個人情報保護のもと本事業評価のための基礎資料として使用されることに同意したうえで、次のとおり参加を申し込みます。

氏名： _____ (男・女) 年齢： _____ 歳

住所： _____

電話： _____

勤務先： _____

加入保険者名： _____ (例) 全国健康保険協会 秋田支部

※加入保険者名は保険証の「保険者名称」を記載してください

希望回：①・②・③のいずれかに○をつけてください。

() ① R1.10.29(火)～10.30(水) / R2.1.21(火)～1.22(水)

() ② R1.11.19(火)～11.20(水) / R2.2.18(火)～2.19(水)

() ③ R1.12.7(土)～12.8(日) /R2.2.29(土)～3.1(日)



※併せて健診結果の写しもご提供ください。

※申込みの確認次第、参加受理の連絡を電話にてさせていただきます。

※申込みは先着順とさせていただきます。