

アフターコロナの今 新しい自分になるための 生活習慣のヒント

心が変われば体も変わる！ 体が変われば心も変わる！



2023年 9月29日(金)

午後2時～(1時30分開場/3時30分終了予定)

定員：40名様(申し込み先着順)

定員になり次第締め切らせていただきます。

最終締切予定8月31日(木)

費用：無料

会場：大阪料理会館6階 会議室
(当組合入居ビル)

※組合員のご家族もご参加いただけます。
会場とお申し込みの詳細は裏面をご覧ください。

今すぐ役に立つ知識で
活力アップ。

+ 目に見えない今を確認
健康チェック

あなたの食生活と、
体力年齢を測定。

ちょっとした
生活習慣を
変えるだけで...

- ブランチって体にいいの？
- 月曜日が不調になるわけ？
- 疲れた時には甘い物？

- 知られざる野菜の効果！ダイエットに効く！
- 30分以上座り続けている人は、身体にリスクがある？
- 分かっちゃいるけどやめられない！を止めるには!!

心が減った時に
上げる方法は...

- ストレスは実は力になる
- 人に話せば8割解消

KAGOME ベジチェック



● ベジチェック
(野菜摂取量測定)

野菜ジュース
プレゼント

- 握力：握力は活力のバロメーター
- 閉眼片足立ち：目をつぶってじっと立つだけで、転倒リスクが分かる！
- 椅子立ち上がり：認知機能維持を予測する？

健康測定は、講演後グループに分かれて順番にご案内します。お待ちいただく間、先生に質問のある方は個別にご対応いただけます。

健康づくりをお手伝い

健康講座は、
疾病予防・健康増進を目的とした
当組合保健事業の一環です。



講師プロフィール

カウンセリングルーム・灯り
羽地 典子 (はねじのりこ)

[資格] 保健師、公認心理師、
産業カウンセラー、看護師等

大阪市内の保健所に保健師として勤めた後、青年海外協力隊(JICA)に参加し国際保健に従事。帰国後、企業内の産業保健師をしながらカウンセラー資格を取得し、「カウンセリングルーム・灯り」を開設。現在、相談者のカウンセリングや保健指導のほか、大阪産業保健総合支援センターで、企業のメンタルヘルス対策のサポートや治療と職業生活の両立支援対策の普及促進に取り組んでいる。

健康講座のご案内

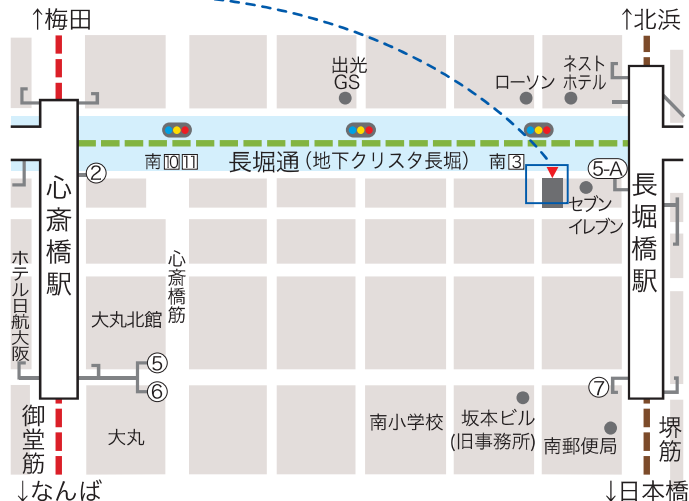
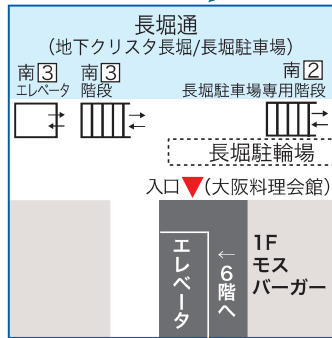
会場

当組合の入居ビルです

大阪市中央区東心齋橋 1-1-10
大阪料理会館 6階
大阪食品国保会議室

■大阪メトロからのアクセス

- ・御堂筋線・長堀鶴見緑地線「心齋橋」駅②番出口から徒歩5分
- ・堺筋線・長堀鶴見緑地線「長堀橋」駅⑤-A番出口から徒歩1分
- *上記各駅連絡地下街「クリスタ長堀」南③番出口すぐ



お申し込みのご案内

※申し込まれた方は、当日直接会場へお越しください。
(開場：午後1時30分)

※当日体調のすぐれない方は参加をお控えください。
キャンセルされる場合は当日12時迄に下記へ電話をお願いします。

電話またはFAXでお申し込みください。

FAXは、下記申込書をご利用のうえ、日中連絡のつく電話番号を記入してください。組合から受付完了の連絡をさせていただきます。

*定員数40名になり次第締め切ります。

最終締切は、8/31(木)です。

受付は先着順ですが、申し込み多数の場合は、組合員と組合員家族以外の参加をご遠慮いただく場合があります。あらかじめご了承ください。*未就学児童の同伴はご遠慮ください。

※「ご注意」FAXでのお申し込みの際は送信面の確認をお願いします。

間違えて表面を送信された場合、送り主が不明のため申込登録ができません。受付完了の電話がかかってこない場合は組合事務所までお問い合わせください。



電話受付 (06) 6261-9244 月曜日から金曜日の平日 午前9時～12時・午後1時～5時

FAX申込書 送信先 (06) 6243-1136 (随時受付) ※切り取らずに送信してください。

| | | | | |
|------|--|-----|--------|--------------------------------|
| ふりがな | | | | <input type="checkbox"/> 組合員 |
| お名前 | | 男・女 | ____ 歳 | <input type="checkbox"/> 組合員家族 |
| ふりがな | | | | <input type="checkbox"/> その他 |
| お名前 | | 男・女 | ____ 歳 | <input type="checkbox"/> 組合員 |
| ふりがな | | | | <input type="checkbox"/> 組合員家族 |
| お名前 | | 男・女 | ____ 歳 | <input type="checkbox"/> その他 |

お申し込み代表者

〈保険証番号 芸国〉

TEL :

FAX :