

臨床伝統医療研究会

Study Group of Traditional Medicine for Clinical Applications

平成20年度関西セミナー

臨床伝統医療研究会(SGTMCA)は、鍼、灸、按摩、マッサージの研修・研究を通して、我が国伝統の徒手療法を追求する会です。

SGTMCAでは、1年を1クールとして、月に1度セミナーを開催しています。

このたび、平成20年度の関西セミナー参加者を募集します。

臨床伝統医療研究会のセミナーは、時に解剖学を深く学び、また生理学を深く学び、東洋医学の原典からも学びます。さらに触診について、様々な手法で繰り返し練習し、学びます。それらはすべて、「人体を全体としてどう把握するか」ということにつながっていきます。

臨床の場で、きちんと効果のある施術ができるようになるために、ご一緒に勉強しませんか。

◆日時: 1月～12月 第2日曜日、午前10時～午後4時半

◆会場: 京都アスニー(京都市生涯学習総合センター)

京都市中京区丸太町通七本松西入ル

JR京都駅から	● 市バス206で約22分→千本丸太町下車、西へ徒歩300m
	● JRバスで約20分→丸太町七本松下車、徒歩すぐ
阪急西院駅から	● 市バス202で約10分→丸太町七本松下車、徒歩すぐ

【セミナー前日または当日に京都ご宿泊予定の方へ】

京都は観光地です。早めに宿泊場所を確保するよう注意してください。

◆コース: 按摩マッサージ課程(初級・中級)、鍼灸課程(初級・中級)(いずれかを選択)

◆講師: 羽山弘一(<http://genkihonpo.com>)

按摩マッサージ課程アシスタント: 小田雅子

鍼灸課程アシスタント: 西脇宏昭

◆参加資格:

按摩マッサージ課程: 按摩マッサージ指圧師、医師、理学療法士またはそれらの養成学校在学中の方。

鍼灸課程: 鍼師・灸師、医師またはそれらの養成学校在学中の方。

特に用事がある場合以外休まない方(試験が近いからなどは不可)。

和を乱さないことを約束できる方。

当会会則を遵守できる方。

なお、初めて参加の方は、キャリアにかかわらず初級コースのみ参加となります。ただし、当会が認める初級の内容をすでに履修していると会長が認めた場合のみ、初めての方でも中級に参加できます。

◆参加費用:

- テキスト代: 5,000円(『按摩・鍼灸臨床経絡経穴学』未入手の方のみ。申し込み時支払い)
 年会費: 20,000円(平成20年度より改定。申し込み時支払い)
 受講料: 8,000円/回(毎回受付にて支払い)
 なお、文光堂・分冊解剖学アトラス(1)を講義で使います。必ずご用意ください。

◆申し込み方法:

- (1) セミナー参加申込書に記入してハガキに貼り、下記の宛先に郵送してください。または、申込書の内容をメールで送付してください。

郵便宛先: 〒603-8372 京都市北区衣笠街道町31-16
 小田雅子方 臨床伝統医療研究会

メールアドレス: gosgtmca@gmail.com

- (2) 参加費用を下記口座にご送金ください(振込手数料は各自でご負担ください)。

参加費用: テキスト未入手の方 25,000円
 テキストをお持ちの方 20,000円

郵便口座(ぱるる): 記号 14510 番号 23933321 臨床伝統医療研究会

* 振込明細書が領収証となりますので、大切に保管してください。
 * 納入された各参加費用は返金できませんのでご了承ください。

◆申込書送付および参加費用送金〆切: 本年(平成19年)末

臨床伝統医療研究会セミナー参加申込書	臨床伝統医療研究会セミナー参加申込書
氏名 []	氏名 []
ふりがな []	ふりがな []
住所 〒 - []	住所 〒 - []
電話番号 []	電話番号 []
メールアドレス []	メールアドレス []
生年月日 []	生年月日 []
参加希望コース <input type="checkbox"/> 按摩マッサージ初級 <input type="checkbox"/> 按摩マッサージ中級 <input type="checkbox"/> 鍼灸初級 <input type="checkbox"/> 鍼灸中級	参加希望コース <input type="checkbox"/> 按摩マッサージ初級 <input type="checkbox"/> 按摩マッサージ中級 <input type="checkbox"/> 鍼灸初級 <input type="checkbox"/> 鍼灸中級
領収証 <input type="checkbox"/> 要(宛名:) <input type="checkbox"/> 不要	領収証 <input type="checkbox"/> 要(宛名:) <input type="checkbox"/> 不要
【有資格者の場合】	【有資格者の場合】
資格・取得年 <input type="checkbox"/> 按摩マッサージ指圧師(年) <input type="checkbox"/> 鍼師灸師(年) <input type="checkbox"/> その他(資格名: 年)	資格・取得年 <input type="checkbox"/> 按摩マッサージ指圧師(年) <input type="checkbox"/> 鍼師灸師(年) <input type="checkbox"/> その他(資格名: 年)
勤務形態 <input type="checkbox"/> 開業(施術所名:) <input type="checkbox"/> 勤務(勤務先名:)	勤務形態 <input type="checkbox"/> 開業(施術所名:) <input type="checkbox"/> 勤務(勤務先名:)
臨床年数 約 年 か月	臨床年数 約 年 か月
【学生の場合】	【学生の場合】
学校名 []	学校名 []
取得予定資格 <input type="checkbox"/> 按摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> 鍼師灸師 <input type="checkbox"/> その他()	取得予定資格 <input type="checkbox"/> 按摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> 鍼師灸師 <input type="checkbox"/> その他()
学年 年生	学年 年生