



New Age
Medicine
2017 - 2026

点滴療法研究会 マスターズクラブ 会員限定

2021 年

5/16
(日)

第5回 オゾン療法 認定医講習会・認定医試験

オゾン療法を実施するうえで必要な知識を網羅的に概説し、自信を持ってオゾン療法に取り組めるようになることを目指します。

演題

- 第1 講：オゾン療法の歴史・オゾン生成装置・オゾンの科学
- 第2 講：オゾン療法の実施
- 第3 講：オゾン療法の作用機序・ヨーロッパの治療ガイドライン
- 第4 講：オゾン療法の実際・基礎と応用

講師



鎌倉元氣クリニック 院長
松村 浩道 先生



点滴療法研究会 会長
柳澤 厚生 先生

点滴療法研究会認定 オゾン療法認定医講習会・認定医試験に合格し、
症例報告3例を提出後、認定医証を発行いたします。

会場 当日 WEB 受講・受験 ※会場での開催はございません。

時間 講習会 10:00~15:35 (9:30 オープン)
認定医試験 15:45~16:25

参加費 点滴療法研究会認定 オゾン療法認定医受験パック 100,000 円
受講費・受験費・事前学習テキスト (動画付)

※認定医試験を受験する際は、事前学習テキスト (動画付) の学習が必須となります。

- ◆ 受講費 40,000 円
 - ◆ 受験費 10,000 円
 - ◆ 再受講費 30,000 円
 - ◆ 同伴スタッフ (コメディカル限定) 受講費 20,000 円
- ※テキスト付

申込・支払期日 2021 年 5 月 12 日 (水) 正午

FAX : 03-6277-4004

申込・支払期日	2021年 5月12日(水) 正午	※ご入金を確認後、申込完了とさせていただきます。
振込先	みずほ銀行 麻布支店 普通:1071779 (有限会社メディカルリサーチトゥエンティワン)	※誠に勝手ながら、金融機関へのご入金の控えをもって 領収書に代えさせていただきます。 振込手数料はご負担をお願いします。
申込方法	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 2px; display: inline-block;">WEBまたはFAX</div>	<div style="background-color: #e67e22; color: white; padding: 2px; display: inline-block;">WEB</div> QRコードは、本会ウェブサイトのセミナー情報にアクセスします。参加されるセミナーをお選びいただき、お申込みください。 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: center;">  </div> <div style="background-color: #e67e22; color: white; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;">FAX</div> 下記の参加申込書に必要事項をご記入の上送信してください。 FAX: 03-6277-4004

参加申込書		
申込内容 該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> してください <small>受講費に テキスト(郵送費込)含む</small> <div style="background-color: #e67e22; color: white; padding: 2px; font-size: 8px;"> 受験には事前学習 テキストの購入が 必須です。 </div>	<input type="checkbox"/> オゾン療法認定医受験パック..... 100,000円 <small>受講費・受験費・事前学習テキスト(動画付)</small>	円
<div style="background-color: #ccc; padding: 2px; font-size: 8px; width: 20px; text-align: center;">個別 申込</div> <input type="checkbox"/> 受講費 40,000円 <input type="checkbox"/> 再受講費 30,000円 <input type="checkbox"/> 受験費 10,000円	円	
<input type="checkbox"/> 同伴受講費..... 20,000円 × ()人 <small>(コメディカル限定)</small>	円	
支払方法 <input type="checkbox"/> 銀行振込 ※クレジット払いの場合は、ウェブサイトよりお申込みください。	合計 円	

フリガナ		会員番号
参加者氏名		
同伴者氏名 <small>※全員の氏名を記入</small>		
所属先名		
連絡先 TEL: _____ FAX: _____	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 〒	
E-mail	@	
※セミナー受講の情報を配信します。受信可能なメールアドレスを記載してください。尚、hotmail 以外のアドレスでお願いいたします。		

※セミナー受講規約はHPに記載しております。必ずご一読ください。
※キャンセルの際は、必ず事前にご連絡ください。
お支払い後、ご連絡なく欠席された場合は、全額ご負担となります。ご了承ください。