

## サイモントン療法ベーシックプログラムのご感想をお寄せ下さい

サイモントン療法ベーシックプログラムはいかがでしたでしょうか？このプログラムをより良いものにするため皆様にご感想を賜り、今後の参考にさせていただきたく存じます。ご協力をよろしくお願いいたします。

Q1. サイモントン療法を知る前には、どのような問題や悩みをお持ちでしたか？

アトピー専門のカウンセラーの学校がある訳ではないので、

どのようにスキルアップをすべきか？...という悩みは常にありました。

Q2. どちらでベーシックプログラムを知りましたか？（紹介の場合はどなたのご紹介ですか？）

小池統合医療クリニック

(ご紹介者)

Q3. いろいろなセミナーがある中、何が決め手でベーシックプログラムに参加されましたか？

サイモントン療法の本を読み、今まで学んできたものとのつながりを

とても感じ、全く迷わず参加を決めました。特に大きいのは、奥村昌季、

祐乙子先生のヨガを学んでいた事が、私のアトピーの改善がかなり見られ、

本質のヨガを学び、実践できた事です。ここに瞑想のパワーがあります。

(裏面あり)

Q4. サイモントン療法ベーシックプログラムを体験してみていかがでしたでしょうか？

5泊6日で行われる意味、意図が、しっかり受けとれるプログラムだと

思いました。朝から晩まで、スケジュールが組まれていても、座学と参加型の

セッション、瞑想の配分がバランス良く、負担にならずに過ごせました。

特に良かったのが、健康プランと最終日にお話しいただいた内容です。

良いセミナー内容でも、実践が難しいと続けられない、学びが止まって

しまう事が時々あります。このプランは、続ける為の仕組みがすばらしく、

さらにメールグループで作りながらサポートを頂け、とても良いプランだと

実感できました。どの時間も、ムダが無く、愛しい、大切な時間として、

復習タイムに思い出したいと思っております。

本当に、本当にありがとうございました。

(イニシャル/ \_\_\_\_\_ 年齢/ 40代 性別/男・女 参加区分/インターン・サポーター)

Q5. 上記ご感想を協会のホームページやメルマガに掲載させていただけますか？ (YES・NO)

掲載時には (イニシャル / 年代 / 性別 / 参加区分) を記載させていただきます。

上記にご記入をお願いいたします。

氏名開示をご承諾いただける方はお名前をお書きください: 川浪 さくら

ご協力ありがとうございました

後日お送りいただく際には、下記までお送りくださいますようお願いいたします。

NPO 法人サイモントン療法協会【事務局】 〒411-0904 静岡県駿東郡清水町柿田 189 番 11

TEL: 050-3314-0003 FAX: 050-3730-1809 E-mail: info@simontonjapan.com