

サイモントン療法協会主催 2018 年レギュラープログラム（後期）

■サイモントン療法ベーシックプログラム（伊豆）■

自然に囲まれたロケーションでリラックスしながら受講していただく、サイモントン療法の基本プログラム。患者様には、ご家族や親しい方など健康に共に取り組むサポーターとご一緒に参加されることをお勧めしますが、お一人での参加もスタッフがしっかりサポートしますので心配ありません。

また、研修生のトレーニングプログラムも同時に行われ、参加者には受講証が発行されます。

※受講証はサイモントン療法セラピスト認定証ではありません。

【日 時】2018 年 10 月 22 日（月）～ 10 月 27 日（土）

【進 行】サイモントン療法認定トレーナー 佐々木弘・川畑のぶこ

【場 所】エクシブ伊豆 静岡県伊東市富戸



【参加費】（価格はすべて税抜価格で表示されています。）

◆【新規】患者+サポーター（家族等身近な方）¥240000.-

※早割 ¥216000.-（税抜）（開催より 2 カ月前までのお申込み）

※付添サポーターは宿泊費・食費のみ負担でセッション参加費は免除

サポーターのみの参加は患者の参加費と同額です。

◆【新規】インターン（研修生）及び一般参加者 ¥160000.-

※早割 ¥144000.-（税抜）（開催より 2 カ月前までのお申込み）

※◆【会員リピート】患者+サポーター ¥140000.-、インターン及び一般 ¥100000.-

※会員登録に関しましてはサイモントン療法協会事務局までお問い合わせください。

【宿泊費】ツイン（相部屋） 5泊6日（朝・昼・夜 3食・会場費・税サ込）1名¥82300.-（予定）

※基本的にツインでのご利用となります。1名で参加の場合、他の参加者の方と相部屋になります。

シングルのお部屋をご希望の方は 1泊あたり 3000 円の追加料金をご用意することができます。

■サイモントン療法インターンプログラム（全 5 ヶ月・計 10 日間）■

東京会場／2018 年 12 月～2019 年 4 月

5 ヶ月間にわたり、毎月 2 日間（土・日）を利用しておこなわれます。内容は基本的にベーシックプログラムと同様ですが、インターン（研修生）トレーニングの要素が多くなりますので、認定セラピストを目指す方には学びを深めるのに効果的です。全日程を受講した参加者には受講証が発行されます。

また、サイモントン療法を学びたい一般の方も

※受講証はサイモントン療法セラピスト認定証ではありません。

【参加資格】特にありません 【医療従事者が主体ですが、一般の方々もご参加いただけます】

※インターンプログラムでは患者さんの参加は受け付けておりませんのでご了承ください。

◆ 会場／東京都内 ※決まり次第、ホームページ、メールマガジン等でご案内します。

【進 行】川畑のぶこ サイモントン療法認定トレーナー

【日 程】第 1 回／2018 年 12 月 15-16 日 第 2 回／2019 年 1 月 12-13 日

第 3 回／2 月 9-10 日 第 4 回／3 月 9-10 日 第 5 回／4 月 13-14 日

土曜日／午後の 4 時間程度 日曜日／午前から午後の 6 時間程度

※詳細が決まり次第、ホームページ、メールマガジン等でご案内します。

【参加費】【新規】¥240000（税抜）【会員リピート】¥160000（税抜）【早割】216000 円（税抜）

【補講制度】ご都合で全日程を受講できなかった場合には、受講できなかった同項目を、次回以降のインターンプログラムで補講（無料）することができます。補講後、受講証が発行されます。

お申し込み先／NPO 法人サイモントン療法協会

E-Mail／info@simontonjapan.com 電話／050-3314-0003 FAX／050-3730-1809

サイモントン療法 イベントご参加申込書

※ファックス・郵送はこの用紙で・Eメールは以下の内容を下記までお送りください

F A X : 050-3730-1809 E-mail: info@simontonjapan.com

郵送：〒411-0904 静岡県駿東郡清水町柿田 189 番 11 サイモントン療法協会事務局

【イベント内容】下記よりお申込みされるイベントに○をしてください

() ベーシックプログラム (伊豆 2018 年 10 月)

() インターンプログラム (東京 2018 年 12 月～2019 年 4 月)

【参加区分】下記のいずれかに○をし、ご記入ください

() 患者 () サポーター () インターン

ふりがな

氏名

住所 〒

T E L

携帯電話

E-mail:

どちらでサイモントン療法をお知りになりましたか？

.....

患者さんに同行するサポーター用記入欄

ふりがな

サポーター氏名

住所 〒

T E L

携帯電話

E-mail:
