

## サイモントン療法協会主催 2020年レギュラープログラム

### ■サイモントン療法ベーシックプログラム（伊豆）■

コロナウィルス感染拡大防止のため中止させていただきます

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近しい方など、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、参加者には参加証が発行されます。

※参加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】2020年6月8日（月）～6月13日（土）

【進 行】サイモントン療法認定トレーナー 田村祐樹

【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）¥240,000-

※早割 ¥216,000-（税抜）（開催より2ヵ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】インターン及び一般 ¥160,000-

※早割 ¥144,000-（税抜）（開催より2ヵ月前までのお申込み）

◆【会員リピート】患者+サポーター ¥140,000-、インターン及び一般 ¥100,000-

※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¥83,612-（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3,000円の追加料金で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）■ 神戸会場 2020年6月～2020年10月

5ヶ月間にわたり、毎月2日間（指定された土・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、5ヵ月間に渡る学びの中で、また新たな気づきが得られることでしょう。全日程を受講した参加者には参加証が発行されます。

※参加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。詳しくは事務局までお問い合わせください。

【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。

【日 程】2020年6月～2020年10月（全て土曜日/日曜日開催）

6/27-28・7/18-19・8/29-30・9/26-27・10/24-25

【進 行】サイモントン療法認定トレーナー 田村祐樹

【会 場】兵庫県民会館（兵庫県神戸市中央区下山手通4丁目16-3）

【参加費】 【新規】¥240,000(税抜) 【会員リピート】¥160,000(税抜) 【早割】216,000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、参加証が発行されます。

※2020年6月からのインターンプログラムは神戸会場での開催です

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/03-3541-8530 FAX/03-3248-8821

20200331KI

## 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

**NPO 法人サイモントン療法協会**

**F A X : 03-3248-8821 E-mail: info@simontonjapan.com**

**郵送 : 〒104-0061 東京都中央区銀座 8 丁目 18-1 銀座木挽町ビル 7 F**

【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

- ( ) サイモントン療法ベーシックプログラム (伊豆 2020年6月)  
( ) サイモントン療法インターンプログラム (神戸 2020年6月~10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:

---