

オゾン療法 認定医講習 認定医試験

点滴療法研究会認定 オゾン療法認定医講習受講・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。

受験資格

- ✓ マスターズクラブ会員
(※年会費を完納していること)
- ✓ 保存用教材(動画付)の購入
- ✓ 認定医講習の受講または過去の受講歴



認定医試験に合格し、3症例提出後、認定医証を発行いたします。

受講・受験方法

2つの日程から選択可能。すべてオンラインでの開催となります。

	試験日	受講期間	※下記期間いつでも受講可能です。
日程①	2022年 6月26日(日) 10時~17時	5月26日(木)~6月25日(土)	
日程②	2022年 12月18日(日) 10時~17時	11月18日(金)~12月17日(土)	

演題

- 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ます。
- 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

松村 浩道 鎌倉元氣クリニック 院長

平成5年日本医科大学卒業。同大学付属病院麻酔科学教室。関東通信病院(現NTT東日本関東病院)ペインクリニック科、医療法人誠之会 氏家病院ペインクリニック科・精神科、医療法人社団藍風会江の島弁天クリニックを経て、平成29年10月スピッククリニック(現 鎌倉元氣クリニック)院長。

著書：「対人関係のイライラは医学的に9割解消できる」(マイナビ出版)「脳腸相関で未病を征す」(七星出版)



柳澤 厚生 点滴療法研究会マスターズクラブ 会長

杏林大学医学部卒業、同大学院修了。医学博士。米国ジェファーソン医科大学留学、杏林大学医学部内科助教授、同大保健学部救急救命学学科教授を経て、2008年より国際統合医療教育センター所長。また、神奈川県 鎌倉市にスピックサロン・メディカルクリニック(現・鎌倉元氣クリニック)を開設。米国先端治療会議認定キレーション療法専門医(CCT)、アメリカ心臓病学会特別正会員(FACC)。2009年第10回国際統合医学会会頭。2012年より国際オーソモレキュラー医学会会長(カナダ)。2011年国際オーソモレキュラー医学会殿堂入り(カナダ)、2014年アントワヌ・ベション賞(フランス)、パールメーカー賞(アメリカ)、世界神経療学会最優秀アカデミー会員(エクアドル)を授与される。2018年国際オーソモレキュラー医学会第47回東京大会会長、2019年日本オーソモレキュラー医学会第1回会頭。

著書：『ビタミンCががん細胞を殺す』(角川SSC)、『グルタチオン点滴でパーキンソン病を治す』(GB)、『つらくないがん治療：高濃度ビタミンC点滴療法』(GB)、『奇跡を起こす点滴でアンチエイジング』(主婦の友)など、海外でも翻訳出版されている。



オゾン療法認定医講習・認定医試験 申込書

FAX : 03-6277-4004

申込方法

WEBまたはFAX

WEB

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。



FAX

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

FAX専用参加申込書

ご希望の受験日に ✓してください。	試験日	受講期間	申込・支払期日
	6月26日(日)	5月26日(木)～6月25日(土)	6月20日(月)
	12月18日(日)	11月18日(金)～12月17日(土)	12月12日(月)
申込内容 該当項目に してください	<input type="checkbox"/> オゾン療法認定医受験パック……………100,000円 受講費・受験費・保存用教材(動画付)		円
	個別 申込	<input type="checkbox"/> 受講費……………40,000円	円
		<input type="checkbox"/> 再受講費……………30,000円	円
	<input type="checkbox"/> コメディカル受講費……………20,000円×()人		円
支払方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 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お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。		合計
	<input type="checkbox"/> クレジットカード ※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。		

フリガナ		会員番号
参加者氏名		
同伴者氏名 ※全員の氏名を記入		
所属先名		
連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 〒	
	TEL:	FAX:
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。