

平成 29 年 2 月吉日

会員および代替療法実践者、セラピスト 各位

一般社団法人 代替療法師会
代表理事 川人誠司

第 5 回代替療法師認定試験 特別集中講座 実施のお知らせ

拝啓 時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。平素は格別なるご厚情を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、代替療法師認定（基礎医学統一）試験対策として特別集中講座を下記のとおり実施いたします。代替療法師認定（基礎医学統一）試験の受験をご検討の方は、直前対策として、ぜひ受講ください。

敬具

記

日 時：平成 29 年 4 月 23 日（日） 11：00～16：00（昼休みあり）

場 所：日本カイロプラクティックドクター専門学院札幌校

受講料：10,000円

受付期間：平成 29 年 2 月 15 日（水）～3 月 31 日（金）

お申込み：特別集中講座受講申込書(別紙2)を FAX またはメールにてご送信ください。

以上

(お申込み・お問合せ先)

一般社団法人 代替療法師会 事務局 シブヤ

札幌市中央区南 9 条西 6 丁目 1-1 クエストビル

電話：011-520-6116/FAX：011-520-5559

E-Mail：ama@relax-jcdc.com

【特別集中講座と代替療法師認定試験】

日付	曜日	時間	教科	講師	備考
4月23日	日	11:00～16:00 (13:00～14:00 昼休み)	解剖生理学	高田莉央 先生 (北海道大学医学部)	教材費 不要
		16:15～17:15	代替療法師認定試験		

【参考図書】「解剖学講義」(南山堂) ¥11,880

「大学課程の生理学」(南江堂) ¥2,376

【場 所】 〒064-0809

札幌市中央区南9条西6丁目1-1 クエストビル6F

(札幌市営地下鉄南北線 中島公園駅より徒歩2分)

菊水旭山公園通(南9条通)沿い
セイコーマート本社さん南斜め向かい



別紙 2

特別集中講座受講申込書

平成 年 月 日

ふりがな 氏名		生年月日 年齢 性別	S H 年 月 日 生 歳 男性 女性
所属 団体/学校			
勤務 先 等	名称	役職名	
	所在地 〒	TEL	
自 宅 住 所	〒		
自宅・携帯電話	取得資格		
E-Mail Address			

受講申込期間：平成 29 年 2 月 15 日（水）～3 月 31 日（金）

<（社）代替療法師会事務局宛>

札幌市中央区南 9 条西 6 丁目クウェストビル（日本カイロプラクティック・クター専門学院内）

電話：011-520-6116 E-Mail：ama@relax-jcdc.com

FAX：011-520-5559

【参加費お振込み先】

（口座名） 一般社団法人 代替療法師会

代表理事 川人誠司

（銀行名） 北洋銀行 北二十四条支店

（口座番号） 普通 4 1 9 8 2 6 3

※お振込みはご本人の名義でお願いいたします。