

第 33 回オゾン療法トライセミナーのご案内

日本医療・環境オゾン学会臨床研究部会 部会長 杉原 伸夫
担当幹事 小島 悦子

オゾン療法に興味をもたれている方々が今まで以上に参加しやすいように「オゾン療法トライセミナー」とし、受講資格を本会会員以外の方にも広く参加いただけるように変更しました。セミナー前日の懇親会にも参加していただけると、オゾン療法が一段と身近なものになるでしょう。

セミナーを受講していただき、多くの医師がオゾン療法を始められることを期待しております。

オゾン療法を開始される医師は、事務局（下記）までご連絡下さい。医療用オゾン発生器等の手続きの必要な方は入会手続きが必要です。

記

主催：日本医療・環境オゾン学会

共催：(有) オゾノサン・ジャパン

日時：平成 27 年 10 月 4 日（日）

場所：講義（ナビオス横浜）、実技会場（山下公園クリニック）

受講資格：医師、看護師、獣医師、歯科医師、薬剤師、その他医療関係者

（獣医師、歯科医師、薬剤師、その他の方は、実習が見学となります）

別紙セミナー参加申込書を事務局まで Fax あるいは Mail でお申し込みください。

研修終了書：セミナー終了後、後日事務局より郵送させていただきます。

定員：10～15 名

テキスト：新版オゾン療法（2012） 参加費に含む。

当日、講義内容のレジメ等を無料で配布する予定です。

受講料：医師 48,000 円、看護師 38,000 円、獣医師、歯科医師、薬剤師、その他の方 28,000 円

（すでに会員、or 再受講の方は 1 万円引きいたします）（テキスト代を含む）

懇親会：日時：10 月 3 日（土）午後 6 時から

場所：未定（決定次第連絡いたします。）

参加費：当日（概ね 4 千円～5 千円程度）定員：10～15 名

受講料・テキスト代の振込先：当日までに下記にお振り込みください。

振込先：ゆうちょ銀行 【記号】：1 4 1 7 0 【番号】：7 8 7 3 7 3 7 1

【口座名】：リンショウケンキュウブカイ

申込み締切り：平成 27 年 9 月 30 日(水)

入会申し込み：日本医療・環境オゾン学会のホームページ（ URL <http://www.js-mhu-ozone.com> ）
のご参照ください。

問い合わせ：〒573-0053 大阪府枚方市伊加賀南町 8 番 1 号 枚方大成ビル 2F 206 号

日本医療・環境オゾン学会 事務局 中室克彦

Tel/Fax 072-807-6025

E-Mail: ozone@js-mhu-ozone.com

第33回オゾン療法トライセミナープログラム（案）

講義会場：ナビオス横浜

プログラム1（講義）（9:00～12:30）（司会：杉原伸夫）

- | | | |
|--|------|----------------------------|
| 1. オゾン療法の日本導入の経緯 | 神力就子 | 9:00～ 9:20 |
| 2. MAHによるオゾン療法とは（総論） | 上村晋一 | 9:20～ 9:50 |
| 3. オゾン療法のメカニズムと最新の知見 | 三浦敏明 | 9:50～10:40 |
| 4. 超高濃度VC療法について：その注意点（健康増進クリニック）
（休憩） | 水上 治 | 10:40～11:20
11:20～11:30 |
| 5. オゾン療法の臨床応用経験 | 杉原伸夫 | 11:30～11:50 |
| 6. オゾン療法の臨床応用経験 | 日下史章 | 11:50～12:10 |
| 7. オゾン化オリーブ油とオゾン水の利用効果 | 中室克彦 | 12:10～12:30 |

— 昼食 —

12:30～13:30

実技会場：山下公園クリニック（ホテルナビオス横浜から車で移動の予定です。）

プログラム2（実技）（14:30～17:30）（司会：杉原伸夫）

- | | | |
|------------------------|-----------|-------------|
| 8. 自己紹介 | | |
| 9. 自家血液オゾン療法の医師、看護師の実習 | 上村晋一ほか | 14:50～15:40 |
| 10. 皮下注射ならびに直腸注入法のデモ | 小島悦子、杉原伸夫 | 15:40～16:00 |
| 11. 閉会 | 小島悦子 | 16:00～16:20 |

会場案内図

講義会場：ナビオス横浜(横浜国際船員センター) (JR 京浜東北線、根岸線、市営地下鉄線『桜木町駅』より徒歩7分／地下鉄みなとみらい線『馬車道駅』より徒歩3分)

〒231-0001 神奈川県横浜市中区新港二丁目1-1 TEL：045-633-6000 FAX：045-633-6001



実技会場：山下公園クリニック

〒231-0023 神奈川県横浜市中区山下町28-2

Tel: 045-641-1721 Fax: 045-662-1109



最寄駅：元町・中華街駅から徒歩6分

第 33 回オゾン療法セミナー参加申し込み書

Fax 宛先 : 072-807-6025

Mail : ozone@js-mhu-ozone.com

(事務局担当 : 中室克彦)

申込み期限 : 平成 27 年 9 月 30 日

記入日 年 月 日

フリガナ
氏 名

(会員 非会員 医師 看護師 歯科医師 薬剤師 獣医師
その他 再受講、 該当に○をおつけ下さい)

所 属

専 門

連絡先 (下記に記入の上、どちらかに丸をおつけ下さい。連絡は○印に致します。お忘れなく)

所属 住所 〒

Tel :
Mail :

Fax :

自宅 住所 〒

Tel :
Mail :

Fax :

(ご連絡先は上記のいずれかに○印をお付けください)

懇親会 (・ 参加する ・ 参加しない)

*参加申し込みの方は、参加費およびテキスト代を早急にお振り込みください。入金を確認次第、
テキストをお送りいたします。

注 : Mail で連絡ができるよう Mail アドレスをご記入ください。