

(新)氣の健康クラス (大阪)

2024 年度より新たに開講となる『(新)氣の健康クラス』です。このクラスでは、我々人間が本来持っている機能や能力を最大限に発揮し、引き出すための「心身統一道」を稽古してまいります。自然な姿勢や、それに基づいた無理のない身体の使い方や体操法、心が安定しリラックスできる「氣の意志法」「氣の呼吸法」などを学ぶとともに、『氣圧法』の稽古もいたします。

『氣圧法』は、我々の健康状態の改善につながるデイリーケアの方法であると共に、より氣を出すことの出来る方法です。「氣を出す」ことを身につけられる『(新)氣の健康クラス』で、日々をより明るく生き生きと、より健康に過ごしていきましょう。

ご参加にあたっては、心身統一合氣道会への入会が必要となります。合氣道クラスなどで会員となっていない方は、まずご入会をお願い致します。

日 時： 2024 年 4 月 4 日 (木) より 毎週木曜日 AM 10:00~11:30

場 所： 心身統一合氣道会光心館道場 (大阪市北区本庄東 1-13-5)

講 師： 山本晶一 近藤裕一郎

資 格： 心身統一合氣道会員 (未入会の方：入会金 5,500 円)

※一般社団法人心身統一合氣道会の「会員規約」に同意の上、入会し、ご参加ください。

スポーツ安全保険への加入 (年度間 1,850 円※)：毎年 4 月 1 日から翌年 3 月 31 日まで有効

※ 65 歳以上の方は、スポーツ保険料 1,200 円です。

費 用： 月会費 8,800 円/月

※光心館道場で合氣道の月会費をお支払いの方は 4,400 円/月

持ち物： ジャージなどの動きやすい服装 (道着や袴は不要です)

筆記用具、ハンドタオル、清潔な靴下

申 込： 申込書をメールまたは FAX にて光心館道場へ送付し、入会金・スポーツ保険料・初月月会費をお支払いください。初回分は窓口にて現金、又はお振り込みください。(振込先は別途ご案内します。)

※月会費の支払いは口座振替となります。「口座振替依頼書」をご提出ください。

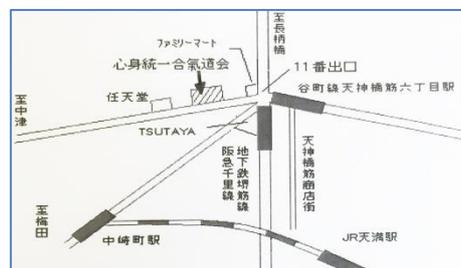
※月会費の規定については、光心館道場「会費規定」(別紙)の通りとなります。

連絡先： 心身統一合氣道会光心館道場

TEL 06-6292-0300 FAX 06-6292-0301

〒531-0074 大阪市北区本庄東 1-13-5

Mail : koshinkan@shinshintoituaikido.org



■注意事項（お申込みいただいた時点で注意事項に同意いただいたものとします）

※見学をご希望の方は、事前にご予約ください。

※事前申込のない受講は承ることができませんので、初回受講日の7日前までにお申込みください。

※申込完了後のキャンセルにつきましては、返金は致しかねます。

※疾病をお持ちの方、現在通院をされている方は、事前に主治医に本講習にご出席されることをご相談の上、ご了解をお取りいただくようお願い申し上げます。

※更衣室などでのお食事はご遠慮いただいております。

※講習の内容を録音・撮影また心身統一合気道会の許可なく無断で文書、テキスト等の、あらゆる形のコンテンツに複製、転載、改変、編集、翻訳、送信すること、またはHP、ブログ、チラシ等の不特定多数を対象として、掲載されることはご遠慮ください。

2024年度「(新)氣の健康クラス（大阪）」申込書

◎注意事項に同意した上で、「(新)氣の健康クラス（大阪）」の受講申し込みをします。

◎申込日：_____年____月____日

お名前	フリガナ 年齢 才 男・女
ご所属	<input type="checkbox"/> 会員・指導資格者（所属の道場教室名→ _____） <input type="checkbox"/> 氣の講座会員（所属の氣の講座名→ _____） <input type="checkbox"/> 氣圧法基礎在宅生 <input type="checkbox"/> 氣圧法基礎通学生 <input type="checkbox"/> 氣圧法認定者 <input type="checkbox"/> 非会員（ご入会が必要です）
希望受講日	_____年____月より
ご住所 連絡先	(〒 _____) _____ 都道府県 TEL または携帯 _____ FAX _____ メールアドレス _____
疾病をお持ちの方	<input type="checkbox"/> 本クラス座参加について主治医の了解済（主治医の了解の上チェックを入れてください）

*事務局記入欄：

2024.3.25