

オーソモレキュラー・ニュートリション・プロフェッショナル養成講座同意書

一般社団法人オーソモレキュラー.jp 代表理事 溝口 徹 殿

私は、オーソモレキュラー・ニュートリション・プロフェッショナル養成講座を受講するにあたって、下記のとおり同意します。

記

私は、医師法および医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性等の確保等に関する法律等の関連法令を遵守し、法令に違反しない範囲において、本講座で知り得た知識を利用することに同意いたします。

以上

平成 年 月 日

氏名

印

私どもは、「血液検査の結果を踏まえて食事やサプリメントに関する指導を行うことは、医療行為に該当し得る。」と理解しております。血液検査の結果に基づく指導については、常に医師の具体的な指示の下、一定の資格を有する者が行う必要がありますのでご注意ください。

ただし、「血液検査に基づかない限りは、いわゆる栄養指導であり、医療行為には該当しない」ことから、資格の有無にかかわらずこれを行うことができると理解しております。

なお、私どもは、東京都保健福祉局医療政策部医療人材課から、下記のとおり回答をいただいております。

「医師以外の者が、血液検査を基に第三者に対し医療施設以外で医学的判断若しくは助言をすることは、医療行為に当たる為医師法第十七条に抵触するので行ってはならない。但し、医師の指揮監督の下、医療施設において国家資格有資格者（看護師、薬剤師、保健師、管理栄養士等）が行う場合に限りこの限りではない。」（平成29年2月20日東京都福祉保健局医療政策部医療人材課）

～～～上記内容にご同意いただけた方のみ～～～

① ONP養成講座 同意書のご返送

② 受講費用のお支払い

をお願いいたします。

■本書に、記名・押印の上、返信用封筒にてご返信ください（1枚は保管用となります）。

■本書の弊社到着、および受講費用のお支払いの二点が完了した時点でお申込完了となります。お申込完了は先着順となりますので、お早めのご返信・お支払いをお願いいたします。

■領収証をご希望の方は、以下に領収証宛名を記載ください。

領収証を希望する 領収証宛名： \_\_\_\_\_