

# 『妊娠の前に知って欲しい栄養の話』

～妊娠に必要な栄養素と大事なポイントについて～

## 特別講師

### 伊藤 夕里亜

- ◇イトウ歯科クリニック  
〈栄養アドバイザー〉
- ◇古賀文敏ウイメンズクリニック  
〈栄養アドバイザー〉
- ◇認定ONE  
(オーソモレキュラー・ニュートリション・エキスパート)
- ◇ひきこもり支援相談士

1973年長崎生まれ  
二人の子供の出産を機に予防医学の勉強を始める。(現在、子供二人は22歳と21歳)  
1999年に歯科医師である夫と共に  
イトウデンタルクリニック(福岡県古賀)を開業。  
現在はイトウ歯科クリニック(福岡市東区香椎駅前)にて  
カウンセリングを行う他、一般の方向け講演会、全国のオーソモレ  
キュラー栄養療法に取り組む医院、歯科医院へのスタッフ研修など  
を行っている。



## ■日時

**2019年2月1日(金)**

**セミナー 17:30～19:00**

## ■場所

**新宿溝口クリニック／セミナールーム**

**〒160-0022 東京都新宿区新宿2-3-11**

**VORT新宿御苑(旧御苑前311ビル)4F**

**※1Fはセブンイレブン新宿2丁目店**

## ■参加方法(参加費:無料)

- ①お電話お申込み:TEL:03-3350-6998
- ②ファックスお申込み詳細は裏面をご覧ください。

## ■定員:35名(お申込み先着順)

新宿溝口クリニックの患者さま、及び妊娠をご希望で当院の受診をご検討の方、  
オーソモレキュラー栄養医学研究所へ掲載されている医療機関を受診中の方な  
どを対象に説明会を開催いたします

2019年2月1日（金）  
新宿溝口クリニック 院内セミナー

# 『妊娠の前に知って欲しい栄養の話』

～妊娠に必要な栄養素と大事なポイントについて～

## ～お申込み方法～

※参加費無料

※定員となり次第、締め切りとさせていただきますのでお早めにお申込みください。

### お申込方法

①

下記の電話番号にお電話いただき、「2月1日セミナー申込み」の旨とお名前、ご連絡先電話番号をお伝えください。

[新宿溝口クリニック] TEL: 03-3350-6998

### お申込方法

②

下記申込み用紙に必要事項をご記入の上、FAXにてお申込みください。

[新宿溝口クリニック] FAX: 03-3350-8988

|                                                                                            |                |                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------|
| ご住所 〒                                                                                      |                |                                                         |
| ※今後、新宿溝口クリニックからのセミナー他のご案内の送付を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |                |                                                         |
| フリガナ                                                                                       | 電話番号※必須        | 性別                                                      |
| お名前                                                                                        |                | <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 |
| (ご同伴者 )                                                                                    | E-Mailアドレス（任意） |                                                         |

■該当する口にチェックをして必要事項をご記入ください。

- ☐新宿溝口クリニックに受診中 ご本人／ご家族  
☐オーソモレキュラー栄養医学研究所へ掲載されている医療機関を受診中  
医療機関名〔 〕  
☐新宿溝口クリニックに受診を検討中  
当セミナーを知ったきっかけ  
〔 〕