

# 施術の感想をお聞かせください

現在、当院では施術の感想を募集しております。

治療の素晴らしさを正しくお伝えするうえで、実際に施術されたあなた様の率直な声が、これから施術を体験される方よっての参考になり、私どもにとっての何よりの力となります。（文章でも、イラストでも大歓迎です）

記入日： 20 年 月 日

今回、来院された理由に当てはまる項目をチェックしてください。

- 腰痛 肩こり その他の痛み アレルギー ストレス ジストニア  
イップス ゴルフでの障害 その他（ ）  
つちこカイロプラクティック ゴルファーズクリック  
紹介 web その他（ ）

※ あなた様の声を、イニシャルでホームページ等でご紹介させていただきます

お名前 イニシャル	年齢	歳	職業
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	

※ 本人確認のためフルネームでお名前をご記入ください（こちらは情報開示致しません）

フルネーム
-------

<個人情報保護について>

この用紙にご記入いただきました情報は、貴重なお客様データとして厳重に管理し、ご本人の許可なく外部への開示・提供することは一切ございません。

また、個人情報はご本人様からのお申し出により訂正・削除いたします。

電話/FAX：03-3350-9133 担当：土子 勝成