

アンケート

お悩みの症状	チクチク痛み	記入日	年 月 日
--------	--------	-----	-------

●当院をどのようにしてお知りになりましたか？

<input checked="" type="checkbox"/> 御紹介 <input type="checkbox"/> 通リかかり <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> その他()

●実際に施術を受けていかがでしたか？

(他店との違いやスタッフの対応など)

症状がよくなり、自分で自感できる。 ・痛みが少なくなる ・リセインが変わる。
--

●当院への要望などございましたらご記入よろしくお願ひします。

--

●あなた様の声をホームページなどでご紹介してもよろしいですか？

<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> イニシャルなら大丈夫	<input type="checkbox"/> いいえ
-----------------------------	--	------------------------------

お名前	年齢	ご職業
ニシハルコ S K	63	主婦

ご協力ありがとうございました。