

お客様のお声をお聞かせください

あなた様のご意見をお聞かせいただき今後の活動に反映したいと考えています。良かったこと嬉しかったこと、
どのような些細な事でも結構です。是非ご協力よろしくお願いします。(できるだけ具体的に書いていただけると助かります。)

Q1: 施術を受ける前にどんな事で悩んでいましたか?

吐き気、頭のふらつき、首のこり

Q2: 当院を知ってすぐ申し込みましたか? 申し込まなかった方はどんな不安がありましたか?

すぐ申し込んだ

Q3: 似たようなサービスがある中で、何(どこの部分)が決め手となって申し込みましたか?

全身灸針

Q4: 実際に施術を受けてみて、具体的にどの部分が良かったですか?

症状が軽くなった

Q5: 施術を受けてみて元々あった悩みはどうになりましたか? 感想をお聞かせ下さい。

改善されてきていると思う。

一言: 施術を申し込むか迷っている、同じような悩みを持っている方に一言お願いします。

良いと思います。

※上記のお声についてお願いがあります。インターネットや印刷物などにアンケートを基にしたお客様の声を

掲載させていただいてよろしいでしょうか? 下記の中から○印をお付けください。

(☒) 名字を出してもよい

() 仮名なら出してもよい

() イニシャルなら出してもよい

お名前(仮名):

井上

市町村:

八王子市

年齢: 20 歳・代

ご協力本当にありがとうございました。