

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?

睡眠薬がないと眠れない、背中から腰にかけてのしびれ

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?

本当に交わるのか不安でした。

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?

数多くの実績。

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?

姿勢のチェックや日々心がけること、家でできる動作など様々な事を
教えていただきました。

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。

施術を受けて3回目くらいからぐっすり寝れるようになり、

5年ほど飲んでいた薬を完全に断つことができました。

またしびれもなくなり快適に生活を送れるようになりました。

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。

一生やめれないと思っていた薬を断てました。健康あってこそ日々の生活です。
親身な先生~~様~~で様々な不安を解決してくれる頼もしい存在です。

※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): 小・I

市町村: 八王子市

年齢: 29 歳・代

ご協力本当にありがとうございました。