

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?

左耳が聞こえづらくなっていた。病院に行っても治らなかった。

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?

すぐではありません。本当に良くなるのかという不安

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?

口コミで多くの方が良くなっている

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?

毎回同じ先生に施術してもらえる

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。

病院であきらめられた事が良くなってきている

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。

一度施術を受けてみるとよく解ります。

※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): 村野 市町村: 日野市 年齢: 54 (歳) 代

ご協力本当にありがとうございました。