

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?

肩こり、頭痛、慢性的な疲労感、目まよやふらつき

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?

通い続けられるか、少し不安があった

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?

ホームページを見て信頼できそうだったと思った
最初は母に勧められてみたところ、以前治療^{治療}も施術してもらって信頼していた先生と同じような考え方、内容のアドバイスを受けたと聞いたから。

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?

・自分で毎日の生活の中でできることを教えてもらったこと
・頭痛の頻度が少なくなったこと
・状態を説明してもらえること

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。

・頭痛の回数が少なくなった
・肩にうっさいような感覚(ふらつき)がほとんどなくなった

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。

一度試してみよう気持ちでいらして見たら何か変わり始めるかもしれません

※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): Y.H. 市町村: 国分寺市 年齢: 40 歳・㊞

ご協力本当にありがとうございました。