

# あなた様の声をお聞かせください

現在、「患者様の声」を募集しております。

実際にご利用くださったあなた様の率直な声が、これからご利用される方にとって非常に参考になり、私どもにとっても何よりの力となります。

ご利用してみても感想、スタッフの対応、他院との違いなど、どのような内容でも構いませんので、お気づきのことをお寄せください。（文章でも、イラストでも大歓迎です）

お悩みの症状	首のこり	記入日	R4年4月22日
--------	------	-----	----------

Q. 何が決め手となって当院を選びましたか？（他院ではなく、当院を選んでくださった理由）

知人の紹介

Q. 実際にご利用してみていかがですか？（スタッフの対応、他院との違いなど）

長年になり、悩んでいた首のこりが無くなり、

とても楽になりました。

手のしびれ、頭痛も減りました。

※ 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？  はい  匿名で  ダメ

お名前 (イニシャル可)	C	年齢	31	職業	公務員
-----------------	---	----	----	----	-----

<<個人情報保護について>>この用紙にご記入いただきました情報は、貴重な患者様データとして厳重に管理し、ご本人様の許可なく外部への開示・提供することは一切ございません。  
また、個人情報はご本人様からのお申出により訂正・削除いたします。