

# お客様の声

記入日：平成 年 月 日

当院へお越しになられた理由に当てはまる項目をチェックしてください。

- 肩こり・腰痛    骨盤矯正    O脚X脚    四肢の痛み  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

お名前 (イニシャル)	年齢	職業	施術名

※ご記入いただきましたお客様の声をホームページにてご紹介してもよろしいですか？

- 公開しても良い    匿名なら公開しても良い    公開しない

お客様の声をお聞かせ頂きありがとうございました。

新越谷カイロプラクティック院 院長