

お客様の声

記入日：平成 年 月 日

This image shows a completely blank white rectangular area enclosed within a thick black border. There are no markings, text, or illustrations present on the page.

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