

# くのへ療術センターの 施術の感想をお寄せください。

お名前	
ご住所	.....
性別・年齢	[ 男 ・ 女 ] [ 歳代 ]
お客様の声	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....

あなたの声をホームページなどでご紹介させていただくことがあります。	
<input type="checkbox"/> 掲載 OK	
<input type="checkbox"/> ニックネームであれば OK	ニックネーム：[ ]
<input type="checkbox"/> 掲載 NG	

<個人情報保護方針> ご記入いただいた個人情報は、当センターからのご案内以外には使用いたしません。  
当センターのプライバシーポリシーに従い、厳重に管理いたします。