

お問合せ、説明会、指導説明会、お申し込みFAX用紙

お名前

ご住所

ご連絡先

下記に簡単に症状等をお書き込みください。

(プライバシーのため、患者様の個人名はお書きにならなくても構いません)

○だれが _____ 年齢 _____ 歳 男性・女性

○病 名 _____

○症 状 (簡単に箇条書きでも結構です)

○説明会に参加します。 はい いいえ

○説明会・指導説明会に参加します。 はい いいえ

○参加される方、人数 家族・本人 _____人

※場所、日時等につきましては、ご返答差し上げます。

FAX 06 - 6745 - 2611

統合失調症から回復する！ 精神リセット

<http://www.seishinre-set.com/>

若林

※ホームページをご利用の方へ※

当方への御相談内容や施術に関する内容、また個人に関わる一切の情報を厳守いたします。

以下の場合を除き、第三者に対し個人情報を開示することはありません。

(1) 当該個人の許諾がある場合

(2) 法的要求または法的手続に従う場合

(3) 生命に関わる場合、法律、法令に触れる場合。

(当方で利用者の権利を最優先で考え、慎重に検討します)