

お問い合わせ 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)

◆**施術希望** で囲んでください。 はい いいえ 話を聞いてから考える

FAX 06 - 6745 - 3561

※お電話にてご連絡いたします。

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)