

「セラピー夢」FAX用送信フォーム

ふりがな※			
お名前※			
ご住所※ <small>※都道府県からお書き下さい</small>	(〒 -)		
電話番号※	()	-	
FAX 番号※	()	-	
性別※	男性 女性	年齢※	
ご職業※ <small>※いずれかに○</small>	会社員 学生	自営業 無職	アルバイト・フリー その他 ()
セラピーを受ける目的または、お問合せの内容※ <small>※なるべく詳しくお書き下さい。スペースが足りない場合は、別紙にお書きの上、一緒にお送り下さい。</small>			
ご希望のセッション※ <small>※いずれかに○</small>	新規 (3時間) ロングセッション リラクセーションと自我強化 ソマティック・ヒーリング	継続 (2時間) カウンセリング	継続 (3時間)
仮予約日時※ <small>※第1、第2希望とも①、②、③のいずれかにご記入下さい。</small>	<p>〈 第1希望 〉</p> <p>① ()月()日の 午前(10-13時) ・ 午後(14時半-17時半)</p> <p>② ()月()日～()月()日の()曜日</p> <p>③ ()月()日～()月()日の空いている曜日</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>〈 第2希望 〉</p> <p>① ()月()日の 午前(10-13時) ・ 午後(14時半-17時半)</p> <p>② ()月()日～()月()日の()曜日</p> <p>③ ()月()日～()月()日の空いている曜日</p>		

FAX 047-496-2030