

Q4. サイモントン療法ベーシックプログラムを体験してみたいかがでしたでしょうか？

今まで、教わらなかつた、自分から生み出さな
なかつた考え方を教えていただき、目から口への
状態で大変充実した6日間を過ごすこと
が出来た。このベーシックプログラムの
受けたいか受けたいか。今後的人生
は大きく違うと思う。今回の学びを
忘れぬよう、資料を見返し、
~~また~~再受講を希望して、自分の身に定着さ
せたいと思う。再参加？

(イニシャル S.M 年齢 20代 性別 男・女 参加区分 インターン・サポーター)

Q5. 上記ご感想を協会のホームページやメルマガに掲載させていただきますか？ (YES・NO)

掲載時には (イニシャル / 年代 / 性別 / 参加区分) を記載させていただきます。
上記にご記入をお願いいたします。

Q. 4のみで
お願いいたします。

氏名開示をご承諾いただける方はお名前をお書きください： _____

ご協力ありがとうございました

後日お送りいただく際には、下記までお送りくださいますようお願いいたします。

NPO 法人サイモントン療法協会【事務局】 〒411-0904 静岡県駿東郡清水町柿田 189 番 11

TEL: 050-3314-0003 FAX: 050-3730-1809 E-mail: info@simontonjapan.com