

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、自分からも生み出さな  
なかつた考え方を教えていただき、目からウロコ  
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を受け  
たか受けていないかで、今後の人生  
は大きく違うと思う。今回の学びを  
忘れぬよう、資料を見返したり、  
~~また~~再受講を志して、自分の身に定着さ  
せたいと思う。再参加？

(イニシャル/ \_\_\_\_\_ 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