

サイモントン療法ベーシックプログラムのご感想をお寄せ下さい

サイモントン療法ベーシックプログラムはいかがでしたでしょうか？このプログラムをより良いものにするため皆様にご感想を賜り、今後の参考にさせていただきたく存じます。ご協力をよろしくお願いいたします。

Q1. サイモントン療法を知る前には、どのような問題や悩みをお持ちでしたか？

罪悪感と不安、恥に似た感情はいつも、何かをやるのがこわかった

Q2. どちらでベーシックプログラムを知りましたか？（紹介の場合はどなたのご紹介ですか？）

友人から紹介

（ご紹介者）

Q3. いろいろなセミナーがある中、何が決め手でベーシックプログラムに参加されましたか？

友人から

（裏面あり）

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？

今回も非常に先生の氣持をいたして貰いました。
 (P)さんの箱を(開)けるところまで行って。スタッフインターンの
 皆様にも知られていると(言)って。お話を聞かせて貰った
 ところを提供して下さり本当にありがとうございました。
 皆に言っておく。私は、5日前は、感謝の気持ちが
 かわかっていた。今は、(言)って聞かなくて。この
 言葉をかみしめながら。これ(言)って(今のスタッフインターン)の
 心持は、(言)って聞かなくて。下(言)って聞かなくて。感謝の
 気持ちが。本当に素晴らしい6日間を
 ありがとうございました。これから主人と患者さん
 共に生きていきます。

(イニシャル) M, O 年齢 30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。

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