

ホリスティックマインド銀座 ご予約・お問合せフォーム

◎は必須記入項目ですので必ずご記入願います。 FAX 送付先： 03-3566-5033

◎お名前

◎ふりがな

◎ご住所

(都道府県からお書きください) 〒

◎性別

◎年齢

◎職業

◎電話番号 (携帯電話をお使いの方は携帯電話番号と携帯メールアドレスもご記入下さい。)

◎FAX 番号

◎セラピーを受ける目的又はお問合せの内容

(なるべく詳しくお書きください、別紙を付け足してお送りくださいますも構いません。)

◎受けたいセッションと予約ご希望日時。

(受けたいセラピーに○をつけていただき、希望日時をご記入ください。)

ヒプノセラピー (催眠療法) / 音叉セラピー (セラピストは琴井のみ) / 育児相談、母乳相談、
妊娠コーチング、妊婦相談、安産コーチング (セラピストは倉見のみ)

第一希望 (月 日 時～) 第二希望 (月 日 時～)

セラピストの希望

(丸を付けてください) 倉見・野村・琴井・中沢・伊ノ木・本郷・お任せ

希望返信手段(ホリスティックマインド銀座からのご連絡を FAX 以外でご希望の場合はご記入ください)