

WTS 事前アンケート（必須）

2016 年 月 日

お名前

1. WTS を臨床で使用して、効果のあった症例をお書き下さい。
どのような方法で治したのか？またその経過もお書き下さい。（テクニックの名前等）

2. WTS を臨床で使用して、効果のなかった症例をお書き下さい。

3. WTS の研修会を受講されて難しいと思われた点、質問はございますか？

ご協力ありがとうございました（当日ご持参下さい。）