

WTS事前アンケート（必須）

2017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。）