

WTS 事前アンケート（必須）

2018 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）

お名前 _____

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**をご記入ください。

ご協力ありがとうございました（当日ご持参下さい。）