年　　月　　日

クリスタルボディ・システム（　）セッション

氏 名　　（ふりがな）　　生年月日

住所　〒　　―

電話（自宅）　　FAX

電話（携帯）

mail（PC）　　mail（携帯）

☆　当サロンからご案内をお送りさせていただいてよろしいですか？

はい（DM　電話　メール　その他〈　　〉）　いいえ

1、いままでにクリスタルボディ・システムのセッションをお受けになったことはありますか？

ある（　　）※会社名・名前等　　ない

2、いままでにクリスタルボディ・システム以外のエネルギーワーク、ヒーリング等のセッションを
お受けになったことはありますか？

ある（　　）※会社名・名前等　　ない

3、現在の状況、気になること、抱えている問題などがありましたら教えてください。

☆　肉体面・精神面等：

過去に大きなケガ・病気がある（		）	ない
現在、お薬を服用していますか？	はい（	）	いいえ
現在、病院に通院していますか？	はい（	）	いいえ
現在、妊娠している	はい		いいえ
タバコを吸う	はい		いいえ
飲酒をする	はい		いいえ

4、今回のセッションで期待することはありますか？

5、その他、ご自由にお書きください。