

遠隔療法申し込み書（郵送またはFAX）

申込者氏名 _____
住 所 _____
電 話 _____
F A X _____
メールアドレス _____
施術を受ける方の氏名 _____ 年齢 _____ 歳
申込者との関係 _____（例、本人 息子など）

ご希望の番号に○をお付け下さい。

■コース

1. お試しコース 3日間 5,000円
2. 癌・難病コース 10日間 15,000円
3. 健康維持コース 1ヶ月4回 5,000円 希望の曜日 _____ 曜日

■時間帯

1. 21:00～21:30
2. 21:30～22:00
3. 22:00～22:30
4. その他希望時間 _____ ～ _____

病名があればお書きください。 _____

お困りの症状 お悩み ご希望などお書き下さい。

ご記入後 郵送のかたは写真を添えてお送り下さい。

〒734-0055 広島県広島市南区内洋新町 1-21-1

氣功施術院 安氣 宛

電話/FAX 082-283-0587

メールアドレス info@kikou-aki.com

ホームページ <http://www.kikou-aki.com/>