

チェック&サインシート

ふりがな お名前 :
生年月日: 昭和 平成 令和 年 月 日
ご住所 〒 [DMなど宣伝郵送物はありません]
電話番号:
職業 :
お越しになった目的 (□に✓) <input type="checkbox"/> 喉と声のリラクゼーション : 声の疲労回復・喉のコリ緩和・本番直前の整備など [主にストレッチング] <input type="checkbox"/> 喉と声のブラッシュアップ : 発声力 (声の基礎力) の向上・喉の筋トレなど [主にフィジカルトレーニング] <input type="checkbox"/> 喉と声のヒーリングケア : 声の病気・声の筋肉のケガ・喉の詰まり (LDP) など <input type="checkbox"/> 喉と声のアンチエイジング : 加齢による声質の改善や発声力低下の予防など

以下をご確認ご承諾ください (□に✓)

- 当サロンは、発声を運動と考え、声の出しやすさや質を高めるアプローチ (喉のリラクゼーション&フィジカルトレーニング) を受けていただくことが目的です。喉の病気や声の不調は医師に、発声のテクニックや歌唱法はボイストレーナーに、ご相談ください。
- 当サロンのアプローチは全員に適合するものではありません。検査の結果、当サロンではお役に立てないと判断した場合、その旨を正直にお伝えします。[結果郵送]
- 検査およびアプローチ後の結果や効果に対して、いかなる保証も責任も負いません。
- 学習の場ではないため、質問はご自身の外喉頭やアプローチに関する範囲内とします。
- 再来で施術をお受けになる際は、持てる技術のすべてを注いでアプローチを行います。なお、発声関与筋の過緊張や拘縮を有する方は、施術後、ごく稀に筋肉痛や発声違和感 (好転現象や機能的変化) を得るケースがある旨をご理解ご承知ください。

令和 年 月 日

上記、確かに承諾しました

署名
