

P. R. A.テスト申込書 兼 同意書

南陵 藤井内科

院長 藤井 崇知 殿

私は、P. R. A. (Psychogalvanic Reflex Analyser 精神電流反射分析装置) によるテストを受けたく申し込みをいたします。

P.R.A.によるテストを受けるにあたり、私はP.R.A.テストの結果、または、当該テストに基づく磁場処方水(処理水)を飲用すること等から得られた結果について(遠隔操作を含む)、一切、異議の申し立てを致しません。

また、得られた結果の公開が医学の発展に繋がる場合、私のプライバシーが保護されている限り、学会や学術誌などに発表されても依存は有りません。

平成 年 月 日

住 所 〒

フリガナ
氏 名

印

TEL

FAX

携帯