

## LISTING DE SUIVI ANNUEL DES ETUDES DE CAS (A1-A2-A3)



**NOM ET PRENOM DU DONNEUR : .....**

	Nom Prénom des receveurs (RC)	N° de téléphone (RC)facultatif	Code Postal et Ville du	Mail du (RC)	Date du shiatsu	Durée du shiatsu	Durée de rédaction.	Durée totale du shiatsu	Type de fiche (A1-A2-A3)	Signature du Donneur
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										