

訪問・出張理美容サービス申し込み書

(FAXでお申し込みの方専用です)

申込み年月日	年 月 日		
訪問先	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 福祉施設 <input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> その他		
お名前 利用者・担当者		フリガナ	
第一希望日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	第二希望日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
ご利用者数	女性 名	男性 名	
ご利用 メニュー	<input type="checkbox"/> カット <input type="checkbox"/> 顔そり <input type="checkbox"/> シャンプー <input type="checkbox"/> 毛染め <input type="checkbox"/> パーマ <input type="checkbox"/> その他 ほかを選ばれた方は希望メニュー をご記入ください		
健康状態	<input type="checkbox"/> 健常 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> その他 ()		
〒	—	都道府県	都 道 府 県
市区町村			
番地・建物名 部屋番号			
施設名			
電 話	— —	担当者携帯	— —
FAX	— —		
メールアドレス	@		
メッセージ			

訪問・出張理美容は—とりんぐ

〒730-0841 広島市中区舟入町2-18 パークサイドふじわ202

TEL. 082-942-5177 E-mail: kirei@heartring.org

FAX 082-942-5311