

TJ天気予報 訪問美容 予約申し込みFAX

FAX送信先：0586-81-1488

以下の項目を、出来るだけ詳しくご記入下さい。

ご利用者のお名前		性別	年齢
フリガナ お名前	様	男 ・ 女	歳
ご住所 (マンション・アパートの場合、建物名・部屋番号等まで詳しくお願いします)		駐車場	
〒 -		あり ・ なし	
電話番号			
☎ () -			
FAXの場合、ご予約の希望日時に関して 改めてお電話させていただきますので ご連絡の取りやすい時間帯をご記入下さい。			
ご利用希望日時 (月曜は定休日です)			
第1希望	月 日 時~	第2希望	月 日 時~
ご希望メニュー (☑チェックを入れて下さい)			
<input type="checkbox"/> カット	<input type="checkbox"/> パーマ	<input type="checkbox"/> カラー(染毛)	<input type="checkbox"/> ストレートパーマ
<input type="checkbox"/> シャンプー	<input type="checkbox"/> トリートメント	<input type="checkbox"/> ヘッドスパ	<input type="checkbox"/> 眉カット
<input type="checkbox"/> その他 ()			
ご利用者様の状態 (☑チェックを入れて下さい)			
<input type="checkbox"/> 要支援・要介護なし		<input type="checkbox"/> 要支援・要介護あり	
<input type="checkbox"/> 車イス	<input type="checkbox"/> 寝たきり	<input type="checkbox"/> 怪我 ()	
<input type="checkbox"/> アレルギー	<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 障害 ()	
<input type="checkbox"/> 麻痺 ()		<input type="checkbox"/> 病気 ()	
<input type="checkbox"/> その他 ()			
その他ご意見・ご要望等ございましたらご記入下さい			