

※ 印刷してご利用ください

## ◆◆ 訪問理美容 予約申込書 ◆◆

日本理美容福祉協会 町田・相模原センター

FAX 042-723-5944

はじめて利用する      以前にも利用した

フリガナ	サマ
利用者 氏名	様
申込者 氏名	様
申込者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介護関係者
ご連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> その他( )
連絡先	電話番号 :
(電話番号は必須)	メールアドレス :
人数	【      】名
施術場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院( ) <input type="checkbox"/> 施設
	住所 :
	駐車場 : <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
希望日(推奨)	【      】曜日以外 午前・午後・どちらでも良い
第一希望日	月 日 曜日 午前・午後・どちらでも良い
第二希望日	月 日 曜日 午前・午後・どちらでも良い
施術内容	<input type="checkbox"/> カット <input type="checkbox"/> 顔そり <input type="checkbox"/> シャンプー
	<input type="checkbox"/> パーマ <input type="checkbox"/> 毛染め(ヘアダイ) <input type="checkbox"/> ヘアマニキュア
体の状態	歩行状態 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり
	座位 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	意志疎通 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> どちらとも言えない
伝染病の有無	<input type="checkbox"/> 有り(病名: ) <input type="checkbox"/> 無し
要望・質問 (注意事項等)	