

※印刷してご利用下さい

【 出張カット/訪問理美容 申込み用紙 】

NPO法人日本理美容福祉協会 城北センター

FAX03-6903-2875

フリガナ	
利用者様 氏名	様
申込者 氏名	様
申込者と利用者様のご関係	<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
ご連絡先 (電話番号は必須)	電話番号: メールアドレス:
人数	【 】名
施術場所	<input type="checkbox"/> ご自宅 <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
第1希望日時	月 日 曜日 時頃
第2希望日時	月 日 曜日 時頃
施術内容	<input type="checkbox"/> カット <input type="checkbox"/> パーマ <input type="checkbox"/> ヘアダイ
	<input type="checkbox"/> ヘアマニキュア <input type="checkbox"/> シャンプー <input type="checkbox"/> お顔剃り
お体の状態	歩行状態 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり
	座位 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	意思の疎通 <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() <input type="checkbox"/> 無し
ご要望・質問 (注意事項等)	