

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						
	その他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							

NPO全日本福祉理美容協会

〒730-0841 広島市中区舟入町2-18 パークサイドふじわ202

TEL. 082-942-5111 E-mail: info@fukushiribi.org

FAX 082-942-5311