

ヘアエクステ

会員No. _____

受付日 年 月 日

フリガナ お名前	生年月日 大・昭・平 年 月 日
様	性別 男・女
ご住所 □□□□□□□□	TEL (ご自宅)
	TEL (携帯)
お仕事	ご紹介者 様

下記の事柄について、正確にお答えください。

毛 質	細毛・中毛・太毛	髪型 Short・Medium・Long
皮 膚	体 調	好調・不調(病名)
	皮膚科歴	無・有()
	常用薬品	外用 内服
	アレルギー	無・有()
気になる部分	つむじ・分け目・後頭部・トップ全体	
ご希望欄	400本・1000本・2000本・3000本 その他 []	
その他何かございましたらご記入ください		
MEMO		

