

CRUNCH CARE 在宅訪問美容申し込み用紙 (FAX)

FAX 055-931-0225

サービスを受けられる方

ふりがな  
お名前 (表札のお名前) 年齢 歳 性別 (男・女)

住所 電話番号

訪問希望日 月 日 時 分

ご希望メニュー カット・パーマ・毛染め ご希望追加メニュー シャンプー・顔そり

介護度 車いすの使用 (はい・いいえ) 座位を保てますか (はい・いいえ)

お体で気をつける箇所 今までにかぶれなどの皮膚のトラブルはありますか?

お申込みされた方 (ご家族の方・介護ご担当者さま)

ふりがな  
お名前 (間柄・団体名) 電話番号

備考・ご要望