

ビューティサポート宮城・出張 理・美容 FAX申し込みフォーム

FAX番号 050-7508-7858

※ 恐れ入りますが、各項目にご記入のうえ、お申込みください。こちらからご連絡いたします。

お名前又は施設・病院担当者名			
施設・病院名			
性別	男性 <input type="checkbox"/>	女性 <input type="checkbox"/>	男女共 <input type="checkbox"/>
ご利用者・住所			
ご利用者・電話番号			
駐車場	有 <input type="checkbox"/>		無 <input type="checkbox"/>
ご希望の日時(第3希望まで)	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 時
	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 時
	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 日	<input type="checkbox"/> 時
ご利用者様の状態	歩行状態	可 <input type="checkbox"/>	不可 <input type="checkbox"/>
	座位	可 <input type="checkbox"/>	不可 <input type="checkbox"/>
	仰向け	可 <input type="checkbox"/>	不可 <input type="checkbox"/>
	車椅子	<input type="checkbox"/>	
	寝たきり	<input type="checkbox"/>	
その他の注意事項			
ご希望の施術内容	カットのみ	<input type="checkbox"/>	
	カット・顔剃り	<input type="checkbox"/>	
	カット・顔剃り・シャンプー	<input type="checkbox"/>	
	顔剃りのみ	<input type="checkbox"/>	
	白髪染め	<input type="checkbox"/>	

ご連絡先 有限会社 ビューティサポート宮城  
宮城県仙台市宮城野区福室7丁目4-11  
TEL 022-254-5866