



訪問福祉美容サービス

## フロール ご予約申込FAX用紙

必要事項をご記入のうえ、

FAX 076-420-8775

まで送信

してください。

在宅用

●ボールペンで、はっきりとご記入ください。

▼ ご訪問先情報				
お名前	フリガナ		男・女	ご年齢 ( 歳 )
ご住所	〒 _____			
TEL		携帯電話	持ち主のお名前 ( )	
駐車場の有無	あり・なし	補足事項 (近くに有料駐車場 など)		
お住まいの状況	夫・妻・息子・娘・嫁・お一人暮らし・日中のみお一人・その他( )			
当日の立会い	夫・妻・息子・娘・嫁・その他( )			
▼ お申込者様情報 (訪問先と同じ場合は無記入で)				
ご利用者様との関係	<input type="checkbox"/> ご本人様 <input type="checkbox"/> ご家族の方 <input type="checkbox"/> 介護関係者 <input type="checkbox"/> その他( )			
お名前 または 担当者のお名前	フリガナ		続柄 ( )	
所属先事業所名 ※介護関係者のみ記入	フリガナ			
ご住所または 事業所の所在地	〒 _____			
TEL		FAX	携帯電話	持ち主のお名前 ( )
▼ ご利用内容				
ご希望メニュー ★ご希望メニュー全てに チェックをしてください。	<input type="checkbox"/> カット <input type="checkbox"/> ベッドサイドカット <input type="checkbox"/> 毛染め <input type="checkbox"/> パーマ <small>※顔産毛剃りサービス</small> <input type="checkbox"/> その他( )			
お体の状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 座位可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他( )			
寝たきりにチェックされた方	<input type="checkbox"/> ベッドサイドの片側が壁際に設置 <input type="checkbox"/> 壁に接していない			
要介護度	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <small>※状態区分に○をしてください</small>			
▼ 訪問日時 ※月曜～金曜 9:00～17:00(年末年始・お盆・祝祭日除く)				
ご訪問が不可能な時間帯				
月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前( : ~ : )	午前( : ~ : )	午前( : ~ : )	午前( : ~ : )	午前( : ~ : )
備考	備考	備考	備考	備考
午後( : ~ : )	午後( : ~ : )	午後( : ~ : )	午後( : ~ : )	午後( : ~ : )
備考	備考	備考	備考	備考
備考欄	その他、ご希望がございましたら、ご自由にご記入ください。			

ご記入ありがとうございました。後日こちらから施術日時を決定させていただきお電話を差し上げます。