

Customer Record Card

NO.

まつ毛エクステンションの経験は？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→	年 月頃 メニュー() トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→トラブルの内容・症状()
まつ毛カールの経験は？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→	年 月頃 メニュー() トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→トラブルの内容・症状()
まつ毛の状態は？	<input type="checkbox"/> 短い <input type="checkbox"/> 細い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 切れてる <input type="checkbox"/> 傷んでいる <input type="checkbox"/> 逆さまつ毛 <input type="checkbox"/> クセが強い	
本日の体調は？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調(理由は？)	
皮膚の状態は？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調(理由は？)	
レーシック手術は？	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している(いつごろ？)	
美容整形は？	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している(いつごろ？) 部位は？ ()	
コンタクトレンズは？	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している(ソフト・ハード)	
フェイシャルエステに通っている？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

マスカラ	<input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 使用 メーカー()	ウォータープルーフ 使用 不使用
アイライン	<input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 使用 メーカー()	ウォータープルーフ 使用 不使用
クレンジング	<input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 使用 メーカー()	<input type="checkbox"/> ジェル <input type="checkbox"/> オイル <input type="checkbox"/> クリーム <input type="checkbox"/> ローション <input type="checkbox"/> 拭取りシート
トリートメント or 育毛剤	<input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 使用 メーカー()	
ビューラー	<input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 使用 (<input type="checkbox"/> ビューラー <input type="checkbox"/> ホットビューラー)	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 接触 <input type="checkbox"/> 花粉(春・夏・秋・冬) <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> 薬品 <input type="checkbox"/> その他())	

ご記入された個人情報は、当店内の顧客管理、連絡業務等、必要な範囲内で、必要な限度に応じて使用いたします。また、この個人情報の収集は適法かつ公正な手段によって行われるものとし、記入者から収集した個人情報を記入者本人の書面による同意なしに第三者に開示する事は原則としてありません。また、当社が業務を委託する団体から、当店の事業に関する情報をダイレクトメール、電話、Eメール等でご案内させて頂く事があります。この案内を中止したい場合は当店までご連絡ください。

上記の通り申告し、カウンセラーの説明を理解いたしました。		年	月	日		
お名前	フリガナ	生年月日	年	月	日	歳
住所	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 都道 府県	市区 町村				
	※建物名(マンション名等)、部屋番号まで記入してください					
電話		メール		DM送付	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	