

endermologie® (Face)

Counseling Sheet

お客様名：

---

# お客様プロフィール

年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

ご職業 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_

学生・主婦・会社員・自営業・その他 ( \_\_\_\_\_ ) 年 月 日(年齢 \_\_\_\_\_)

来店のきっかけ	情報誌 ( _____ ) ・チラシ ・ 紹介 ( _____ 様) HP ・ インターネットサイト ・ その他 ( _____ )
エステ経験	なし      ある      時期 ( _____ )      サロン ( _____ ) ◎内容・・・美顔      痩身      脱毛      その他 ( _____ ) ◎結果・・・満足      普通      不満足
お悩み	<input type="checkbox"/> しわ ( _____ ) <input type="checkbox"/> たるみ ( _____ ) <input type="checkbox"/> くすみ <input type="checkbox"/> その他( _____ )
自宅での お手入れ方法	<input type="checkbox"/> クレンジング <input type="checkbox"/> 洗顔 <input type="checkbox"/> 化粧水 <input type="checkbox"/> 美容液 <input type="checkbox"/> 乳液 <input type="checkbox"/> クリーム <input type="checkbox"/> パック <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> その他( _____ )

## ◆備考