

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