

## 新規お客様電話対応シート

お名前	様	お名前	様		
年齢	才	年齢	才		
連絡先携帯番号		連絡先携帯番号			
媒体		媒体			
気になる部位		気になる部位			
希望キャンペーン		希望キャンペーン			
脱毛の経験 有・無		脱毛の経験 有・無			
治療中の疾患 有・無		治療中の疾患 有・無			
服用中の薬 有・無		服用中の薬 有・無			
注意事項確認 (次の方は施術行えません) 妊娠・痩身1週間以内 心臓疾患・皮膚疾患 婦人科系疾患等確認		注意事項確認 (次の方は施術行えません) 妊娠・痩身1週間以内 心臓疾患・皮膚疾患 婦人科系疾患等確認			
ご予約日時	月　日　：	ご予約日時	月　日　：	ご予約日時	月　日　：
当日の施術内容・所要時間確認		当日の施術内容・所要時間確認		当日の施術内容・所要時間確認	
当日のお持ち物確認 (身分証明書・印鑑等)		当日のお持ち物確認 (身分証明書・印鑑等)		当日のお持ち物確認 (身分証明書・印鑑等)	
ご質問		ご質問		ご質問	