

髪人(かみびと)予約表兼完了書

問合せ先： ☎0570-666-103 FAX：03-6380-5946 メール： ope@j-kaigo-system.jp

【当社の営業時間】月曜日～土曜日 9:00～17:30まで ※日曜日、祝日は休業日

受付：予約日の1週間前迄 ※厳守

●営業時間外のお問い合わせは髪人HPへお願いいたします。 <https://www.kamibito.co.jp/contact/closed/>

施術日： 年 月 日 ()

施設名： 様

施設ご担当者名 様

※太枠内にご氏名、お部屋番号、サービス内容、ご要望等のご記入をお願いします。字体を大きくお間違いないようご注意ください。

NO	施術者	お部屋番号	お客様のご氏名	カット			お顔のお手入れ	パーマ	カラー	マニキュア	シャンプー		トリートメント	フェイスパック	ハンドスパ	スタイル確認		ご希望スタイル	感染症の有無 必ずご記入下さい。	申し送り欄		お代金
				共有スペース	居室	ベッド					シャンプリー	ドライ				職員様	ご本人様			カラーPテスト実施	未・済	
1																		全体的に短く(cm)耳出す・耳出さない・坊主(ミリ)				
2																		全体的に短く(cm)耳出す・耳出さない・坊主(ミリ)				
3																		全体的に短く(cm)耳出す・耳出さない・坊主(ミリ)				
4																		全体的に短く(cm)耳出す・耳出さない・坊主(ミリ)				
5																		全体的に短く(cm)耳出す・耳出さない・坊主(ミリ)				
6																		全体的に短く(cm)耳出す・耳出さない・坊主(ミリ)				
7																		全体的に短く(cm)耳出す・耳出さない・坊主(ミリ)				
8																		全体的に短く(cm)耳出す・耳出さない・坊主(ミリ)				
9																		全体的に短く(cm)耳出す・耳出さない・坊主(ミリ)				
10																		全体的に短く(cm)耳出す・耳出さない・坊主(ミリ)				

【10名以上場合は次のシートをお使い下さい】

総合計

完了後施術者サイン：

完了後施設担当者様サイン：

総人数計： ()名

●本予約表は訪問予定日の7日前までにFAX送信お願いいたします。

●お受けできない感染症について

●ご利用者様追加の場合はご予約日3日前までに再送信をお願いいたします ①疥癬(かいせん) ②頭部白癬(はくせん) ③結核 ④毛ジラミ ⑤MRSA・B型肝炎/C型肝炎(医師の判断による)