

[R I V E R - N O]
* F L A X R O O M / D E S I G N S P A C E *
PERSONAL INFORMATION

No. _____

フリガナ お名前	-----	生年月日	西暦	年	月	日
ご住所	〒 -	ご連絡先	自宅	-	-	
			携帯	-	-	
メール	PC ----- 携帯	血液型				型

職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 会社役員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> フリーター <input type="checkbox"/> パートタイマー <input type="checkbox"/> その他()
今までパーマでかぶれたことが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
今までカラーでかぶれたことが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
アトピーかアレルギー	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
来店動機	<input type="checkbox"/> ご紹介(ご紹介者様名) <input type="checkbox"/> ホームページ【検索エンジン】(Yahoo ・ google) <input type="checkbox"/> お店を見て <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 自宅が近所 <input type="checkbox"/> 勤め先が近く <input type="checkbox"/> 何となく <input type="checkbox"/> チラシ・雑誌
来店希望日	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日
希望する担当者が	<input type="checkbox"/> ある 担当者名() 店) <input type="checkbox"/> ない
サロン情報をメールで配信希望	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

ご協力ありがとうございました。
ご記入いただいた用紙を当日お持ちください。