

補聴器相談 自宅訪問申込書

年 月 日

フリガナ				
お名前	様			
生年月日	M・T・S・H	年	月	日
FAX 番号	—		—	
電話番号	—		—	
ご住所	(番地まで詳しくご記入ください。)			

お申込内容	<input type="checkbox"/> 補聴器の購入 <input type="checkbox"/> 補聴器の試聴 <input type="checkbox"/> 補聴器のメンテナンス <input type="checkbox"/> その他					
自宅訪問希望日時 <small>ご希望に添えない場合がございますので、あらかじめご了承くださいませ。</small>	<input type="checkbox"/> 希望無し	第一希望日：	月	日	曜日、午前・午後	時頃
		第二希望日：	月	日	曜日、午前・午後	時頃
		第三希望日：	月	日	曜日、午前・午後	時頃
		第四希望日：	月	日	曜日、午前・午後	時頃
		第五希望日：	月	日	曜日、午前・午後	時頃
ご希望連絡方法	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 電話					

※その他、ご質問・ご要望がございましたら ご記入下さい。

<個人情報保護方針> お送り頂きましたお客様の個人情報は、今回のお申込内容のサービスにのみ利用します。お客様の同意無く、それ以外の目的で利用する事は一切ございません。

お客様より FAX を頂きましたら、折り返し、担当店舗から返信させていただきます。



池田補聴器株式会社 / スターキー補聴器

FAX: 092-926-3401 TEL: 092-926-4130