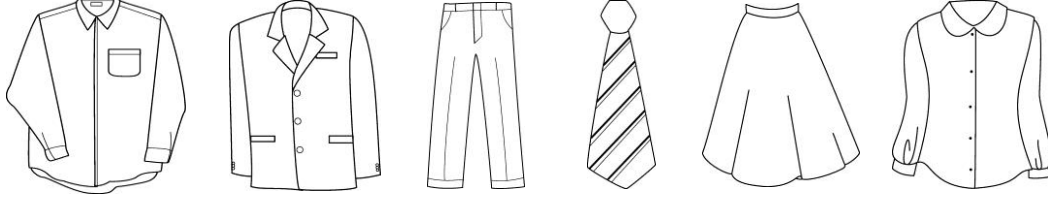


カウンセリング ～質問用紙～

必要事項をご記入ください。※印刷ができない場合はメモ等でも結構です。

| | | |
|-------------------------------|--|---------------------|
| お客様情報 | 名前 | フリガナ 漢字 |
| | 住所 | 〒 |
| | 電話 | |
| | メールアドレス | |
| ご依頼品情報 | 汚れ・シミの箇所を印をご記入ください 裏・表(○で囲んでください) | |
| |  | |
| | 記入日 | 20 年 月 日 |
| | 品名・色 | |
| | 素材 | 例:綿90%アクリル10% |
| シミ汚れの場所 | | |
| 汚れシミについて | <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れてください | |
| | ① いつ頃その汚れ・シミはつきましたか? <input type="checkbox"/> わからない その他 例:2週間前 | |
| | ② 何がつきましたか? 汚れ・シミの種類 <input type="checkbox"/> わからない その他 例:ワイン | |
| | ③ どのような色ですか? <input type="checkbox"/> 黒 <input type="checkbox"/> 茶 <input type="checkbox"/> 黄 その他 例:ワインの赤色 | |
| | ④ どのようにして付きましたか? <input type="checkbox"/> わからない その他 例:たべこぼし | |
| | ⑤ 応急処置はしましたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> おしぼりでこすった <input type="checkbox"/> 水であらった <input type="checkbox"/> 石鹸でこすった その他 | |
| | ⑥ 洗濯やクリーニングをしましたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | |
| | ⑦ 漂白しましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ハイター(塩素系漂白)を使用した。 <input type="checkbox"/> ワイドハイター(酸素系漂白)を使用した | |
| | ⑧ 依頼品の発送について店舗と事前に連絡済ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | |
| ⑨ その他気づいたことをお書きください。 | | |

■お見積りの連絡方法 電話 メール

■お電話の方は何時頃がいいですか? 朝10:00～12:00頃 昼1:00～3:00頃
 夕4:00～6:00頃 夜7:00頃

※ 依頼品について事前連絡なしに発送いただいても ご依頼にお応えできない場合があります。
送付先 〒565-0834 大阪府吹田市五月が丘北1-17エクレール五月が丘1階 101号
クリーニングISEYA 06-6878-0326