

アクアビューティプランFAX申込み用紙

下記の内容を必ずご記入の上 06-6252-2665 までご送信ください。

氏名	姓	名		
パスポート記載用英文	姓	名		
パスポート No.		有効期限		
生年月日・年齢	西暦 年 月 日 (才)			
現在の性別	男性	女性	お仕事	
住所	フリガナ			
	〒			
電話番号	自宅	携帯		
メールアドレス	パソコン			
	携帯			
留守中連絡先 * 海外ですので万が一の場合の連絡先は必ず必要です。	姓	名	続柄	
	フリガナ	フリガナ		
	姓	名		
	住所 フリガナ			
	住所 〒			
	電話番号	携帯		
整形希望箇所				
ご質問やご希望など				
アレルギーの 喫煙の	有 有	無 無	既往症 使用薬品等	
ホルモン歴	年	ヶ月	身長 cm	体重 kg 血液型
血圧	低血圧	普通	高血圧	英文推薦状の 有 無
英文推薦状 取得(予定)病院			推薦状の 取得(予定)日	
ご出発希望日	第 1		第 2	
ご帰国希望日	第 1		第 2	
料金	合計金額		消費税	総合計