

YOSA カスタマーズシート

ご氏名 フリガナ

ご来店日

____ 様 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生年月日

年齢

19 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

ご住所 〒

電話番号(携帯番号) _____ メールアドレス(携帯電話) _____

※キャンペーン案内やクーポンを送付させて頂いてもよろしいですか？不要な方はチェックしてください。

主な来店目的

 美容 ダイエット 体質改善 リラクゼーション

- ・YOSAを試してみてもよかったら悩みを解決するために通いたい YES / NO
- ・美肌やダイエットに関して、自宅のできる方法があれば教えてほしい YES / NO
- ・具体的にいつまでにどうなりたいとの希望がある YES / NO

スターターチェック 気になる部分や不調部分をチェックを入れてください。(いくつでもOK)

- | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ウエスト | <input type="checkbox"/> 冷え症 | <input type="checkbox"/> 花粉症 | <input type="checkbox"/> アトピー |
| <input type="checkbox"/> 下っ腹 | <input type="checkbox"/> むくみ | <input type="checkbox"/> 湿疹 | <input type="checkbox"/> 肌荒れ |
| <input type="checkbox"/> 太もも | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> ぜんそく | <input type="checkbox"/> シミ・そばかす |
| <input type="checkbox"/> ふくらはぎ | <input type="checkbox"/> 生理痛 | <input type="checkbox"/> 汗が出ない | <input type="checkbox"/> シワ |
| <input type="checkbox"/> 二の腕 | <input type="checkbox"/> 生理不順 | <input type="checkbox"/> のぼせ | <input type="checkbox"/> 敏感肌 |