クリニック伝票

ご記入日：　　年　　月　　日

ふりがな	
お客様名	様
住所	〒　　－
電話番号	－　　－
メールアドレス	

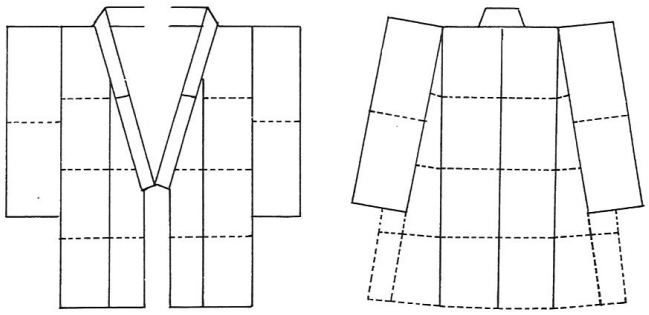
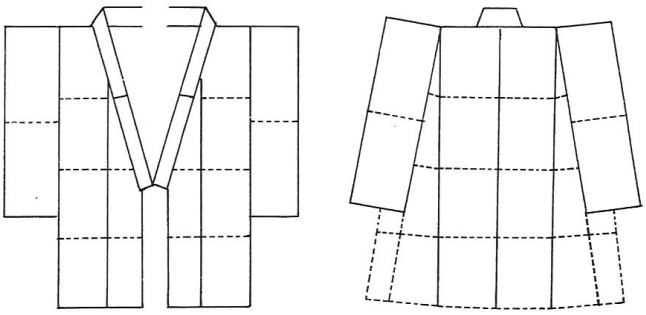
＊お手入れ依頼内容＊

依頼品	（合計：　　点）
依頼内容	
付属品	
備考	

ご着用予定	□ あり（　　月　　日）	□ なし
到着連絡	□ 要	□ 不要
	※追加のお手入れ等が必要の場合はご連絡いたします	
ご発送連絡	□ 要	□ 不要
お届け希望日時	□ あり (確認ご連絡させていただきます)	□ なし 時間指定（ 午前中 ・　　～　　） 曜日指定（ 土日祝 ・　　）

伝承の会　075-241-7701

【 振 袖 】



【 長 襦 袢 】