

縮毛矯正 メールカウンセリング依頼 (FAX 専用)

トゥインクルヘアーあて / FAX 番号：049-284-8032

お客様のお名前と FAX 番号と下記項目の回答を書いてください。
記入後、トゥインクルヘアーの FAX に送信してください。
できるだけ早く、FAX でお返事を差し上げます。

お客様氏名 (必須)：

お客様 FAX 番号 (必須)：

	お聞きしたい内容	回答例 ↓	こちらにご記入ください。
1	現在の髪の長さ	毛先が肩につく位	
2	切りたい長さ	10センチ程度 または 相談	
3	サロンでのおしゃれ染め年数と年間の回数	10年位で 年間4回程度	
4	サロンでの白髪染め年数と年間の回数	7年位で 年間5回程度	
5	自宅でのおしゃれ染め年数と年間の回数	6年位で 年間4回程度	
6	自宅での白髪染め年数と年間の回数	5年位で 年間3回程度	
7	縮毛矯正履歴をかけている年数と年間の回数	3年位で 年間2回程度	
8	アイロン矯正ですか？	はい あるいは いいえ	
9	毛先が荒れていますか？	荒れている	
10	最近の縮毛矯正の時期をお知らせください。	平成 24 年 12 月中旬	
11	最近のカラーの時期をお知らせ下さい。	平成 25 年 3 月初め	

その他、気になること等ありましたら、お書きください。