

EPI-STYLE Dietary プログラム 申込書

太枠内をご記入ください

フリガナ お名前		生年月日	S・H	年	月	日
ご住所	〒 -					
TEL	-	-	E-Mail	@		

スタッフ記入欄

カウンセリング予約日 月 日 ()

サプリメント申込み セット ¥

コース選択 SOFTコース / FASTコース

定額制選択 なし / -5キロ / -8キロ / -12キロ / -20キロ

初回施術予約日 月 日 ()

プログラム開始日 月 日 ()

プログラム終了日 月 日 ()

終了後のフォローアップ説明日 月 日 ()

サプリメント代金 ¥ クレジットカード / 銀行振込 / 現金

コース代金 ¥ クレジットカード / 銀行振込 / 現金

合計金額 ¥ クレジットカード / 銀行振込 / 現金