

# ホームケア FAX 予約申し込み書

ご予約の方は、下記の FAX 番号まで送信して下さい。

## FAX番号：046-244-5930

お名前	ふりがな
生年月日	T・S・H 年 月 日
住所	(〒 - ) 都道府県 市区町村
TEL	- -
FAX	- -
ホームケア受け取り希望日	平成 年 月 日
どちらかにチェックをお願いします。	
<input type="checkbox"/> 今回のみ	
・ パーフェクトペリオ 500ml 2本 (1セット) × ( ) セット	
・ パーフェクトペリオ クリーン × ( ) セット	
・ パーフェクトペリオ リデュース × ( ) セット	
<input type="checkbox"/> 年間予約 (12 か月目は代金無料サービス)	
・ パーフェクトペリオ 500ml 2本 (1セット) × ( ) セット	
・ パーフェクトペリオ クリーン × ( ) セット	
・ パーフェクトペリオ リデュース × ( ) セット	
現在の症状について	
・ アレルギーについて <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない あると答えた方は何のアレルギーかご記入ください ( )	
・ 歯肉の発赤・腫れ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
・ 歯肉からの出血 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
・ 歯のぐらつき <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
・ 口臭 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
・ 口の中のネバネバ感 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
・ 歯肉のムズムズ感 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	

パーフェクトペリオのご予約ありがとうございます。ご予約にあわせてお渡し準備させていただきます。受取希望日にお受け取りになれない場合、予約により製造させていただいた商品につきましては、性質上長期お預かりできませんのでこちらから送らせていただきます。(梱包手数料 750 円をいただきます。)

パーフェクトペリオ専門お問い合わせダイヤル：046-244-5931