

# SALON DE ALFURD レザーケア お申込み用紙

※ 当レザーケア サービスはサロン・ド・アルファード オフィシャルサイト 会員様限定とさせていただきます。

年 月 日

|               |                                |   |
|---------------|--------------------------------|---|
| ふりがな<br>お 名 前 |                                |   |
| 住 所           | 〒                              |   |
| 会 員 登 録       | <input type="checkbox"/> 会員登録済 | ※ 会員登録がお済でない方は、下記 URL よりご登録をお願いいたします。<br><a href="https://www.salon-de-alfurd.jp/p/register">https://www.salon-de-alfurd.jp/p/register</a> 右上会員登録より |

|  |   |
|--|---|
| ご希望のサービスをお選びくださいませ   |   |
| <input type="checkbox"/> 全体レザーケア   | <input type="checkbox"/> 部分レザーケア                        |
| お品物の名称（もしくは概要）をご記憶されている範囲でご記入くださいませ。（ご不明の場合、未記入）   |   |
| 商品番号：  | 商品名：  |
| 部分 レザーケアをお選びのお客様へ<br>部分レザーケアご希望の箇所をご記入いただけますと幸いです。併せて、お品物の該当の箇所をシール等で明示していただきますようお願いいたします。 | その他、当レザーケア サービスをお受けするにあたり、お品物に関する特記事項がございましたらご記載くださいませ。 |
|  |   |

|  |  |
|--|--|
| お客様へのご連絡方法   |  |
| <input type="checkbox"/> お電話   | <input type="checkbox"/> メール   |
| 電話番号   | メールアドレス  |
|  | ※ 今回メールにてご連絡をくださった方は、記入不要です  |
| お電話をご希望の方は、つながりやすい時間帯、曜日をご記入ください   |  |
| 1.   | <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 特に無し |
| 2.   | <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 特に無し |
| 3.   | <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 特に無し |
| ※ 恐れ入りますが、私共のご連絡可能な時間帯が朝 10 時から夕方 16 時まで、当店休業日にあたる曜日ではご連絡を差し上げることができません。お電話での詳細な日時ご指定の際には第三希望までご記入くださいますようお願い申し上げます。 |  |

|  |  |
|--|--|
| <u>ご同意書</u>  |  |
| サロン・ド・アルファード オフィシャルサイトのレザーケア サービスのページの同意事項を了承し、当用紙の内容の通り、サロン・ド・アルファードに依頼します。 |  |
| 年 月 日  |  |
| ご署名  |  |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| お願い                      | お客様のレザーケアのビフォーアフターの写真を撮らせていただいてもよろしいでしょうか？<br>レザーケアページに例として掲載させていただくことがございます。※ ご了承いただいた場合は、100 円引きさせていただきます。 |
| <input type="checkbox"/> | 了承する <input type="checkbox"/> 了承しない  |