

【オーダーメイド商品ファックス専用 申込書】

F A X 番号 0 5 8 7 - 5 1 - 2 5 7 8 (24時間受付)

※お客様の個人情報は商品の発送、アフターサービス、商品・サービスに関するお知らせ、新商品のご案内、各種イベント・キャンペーン等のお知らせ、お問合せの対応のために利用致します。

枠内の項目をすべてご記入くださいませ。また該当する□にはチェックを入れてください。

▶ ①お申込者情報 (補聴器をお使いになる方)

| | | | |
|--------|---|----------|-------|
| お名前 | フリガナ | お申込日 | |
| | 年齢 : | 年 | 月 日 |
| ご住所 | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| | 都 道 府 県 | | |
| お電話番号 | () - | F A X 番号 | () - |
| E-Mail | @ | | |

▶ ②補聴器のご使用経験

未経験 半年以内 一年以内 二年以内 三年以内 四年以内 五年以内

▶ ③どちらの耳に装用していますか？

右耳 左耳 両耳

▶ ④聞きづらい場面

- テレビ・ラジオの音が大きいと言われたことがある
- 後ろから来る車や自転車等に気づかない事がある
- 病院や銀行、役所等で呼ばれてもわからない事がある
- 音は聞こえるのに相手の言葉がハッキリしない事がある
- 時々、または毎日「耳鳴り」がする
- 聞き漏れや聞き違いが最近多いと感じる
- 自宅・仕事先・飲食店で大人数集まった時の会話が聞き取れない事がある
- 最近、「鳥の鳴き声」「小川のせせらぎ」などの自然の音がしていないように思う
- 主治医から「耳の聞こえ具合は年齢のせい」と言われたことがある
- 車の中での会話がわかりづらい事がある

▶ ⑤ご訪問希望日

| | | | | | | | | | | |
|---------|----------------------|---|----------------------|---|----------------------|---|-------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 第一希望日 : | <input type="text"/> | 年 | <input type="text"/> | 月 | <input type="text"/> | 日 | 時間帯 : | <input type="checkbox"/> 午前中 | <input type="checkbox"/> 午後 | <input type="checkbox"/> 夕方 |
| 第二希望日 : | <input type="text"/> | 年 | <input type="text"/> | 月 | <input type="text"/> | 日 | 時間帯 : | <input type="checkbox"/> 午前中 | <input type="checkbox"/> 午後 | <input type="checkbox"/> 夕方 |
| 第三希望日 : | <input type="text"/> | 年 | <input type="text"/> | 月 | <input type="text"/> | 日 | 時間帯 : | <input type="checkbox"/> 午前中 | <input type="checkbox"/> 午後 | <input type="checkbox"/> 夕方 |

▶ **ご連絡先**

お名前 お電話番号 () -

※地元の経験豊富な相談員よりご訪問日時のお打合せ連絡をさせていただきます。

▶ ⑥ご購入時のお支払い方法をお選びください。

銀行振込 郵便振替 代金引換 ショッピングクレジット