

画像診断申込書

印刷した申込書にご記入の上、郵送にて下記に記載されている宛先にお送りください。

フリガナ
お名前

フリガナ
〒
ご住所

電話番号
ご連絡先
(必ずどちらか
ご記入下さい) E-mail

ご相談に関してご記入ください。

初診/再診
(○をご記入下さい)

初診

再診

ご紹介いただいたサロン名

ご質問

注意点

※お手持ちの封筒に、頭髪の状態がわかる写真2～4枚を入れてお送りください。

※なお、写真の返却をご希望される方は、その旨お申し付けください。

※明るい場所で撮影し、フラッシュの使用はお控え下さい。

※前髪はピンまたは手で上げて下さい。



正面



斜め右



斜め左



頭頂部

眉をいれたアングルで頭部を撮影してください。眉を上向きに力を入れ額部にしわをよせて頂くとわかりやすいです。
お顔は写さなくても可能です

写真の返却
(○をご記入下さい)

希望

不要

送付先

【NHT 紀尾井町クリニック】

〒102-0094 東京都千代田区紀尾井町 4-1 ホテルニューオータニ タワー内 ビジネスコート 7 階

【NHT 紀尾井町クリニック 新大阪】

〒532-0003 大阪府大阪市淀川区宮原 1-6-1 新大阪ブリックビル 2 階