

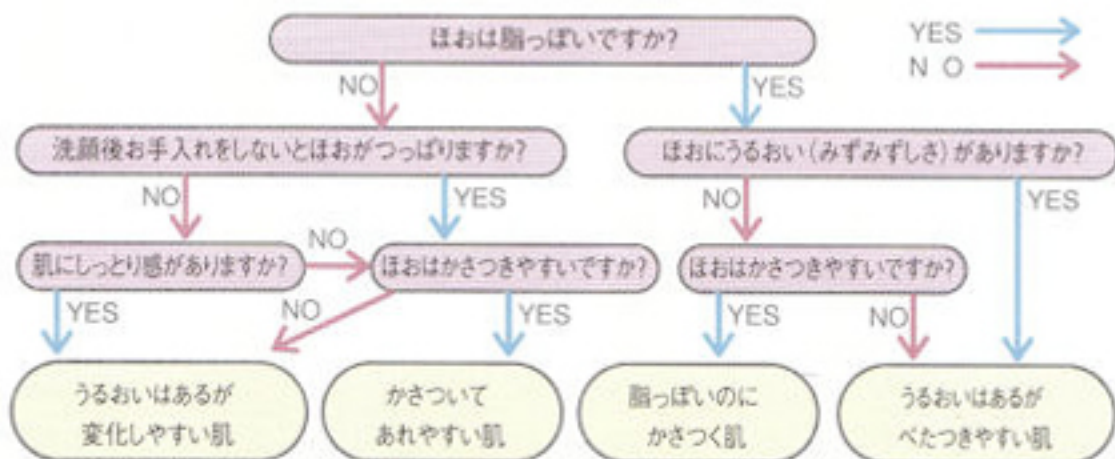
トライアルサンプルお申込みカード

1. 現在お肌の調子はいかがですか? 良い ・ まあまあ ・ あまり良くない

お肌の悩みや気になることがありましたら具体的にお聞かせください。

2. 過去1~2年間に化粧品で、皮膚科に通院するような肌トラブルを起こしたことがありますか? YES ・ NO

3. 現在のお肌の状態についてお聞きします。



4. 現在、主にお使いのスキンケア化粧品と、普段のお手入れをご記入ください。

メーカー名() ブランド名()

(ご使用のアイテムに○をつけてください)

メイク落とし・洗顔・化粧水・乳液・美容液・クリーム・パック・その他()

5. お試しになりたいブランド(サンプル)があればご記入ください。

※現在お肌に異常のある方や治療中の方は、サンプルをお渡しできないことがありますので予めご了承ください。

Name お名前	Birthday お誕生日	年	月	日
Address 〒 ご連絡先	Phone 電話番号	()	-	

サンプルをご希望の方は、このカードにご記入の上、お声をかけてください。