Sensitive　チェックシート兼申込書　　平成　　年　　月　　日

下記シートにて気象感受性チェックの申込みをいたします。

お肌のタイプ　　1．オイリー　　2．.乾燥肌　　3．ミックス　　該当の数字に○をお願いします。

フリガナ
氏名　　印　　性別　男　・　女　　年齢　　歳　　TEL　　FAX

住所　〒　　支払方法　　現金書留・　銀行振込

チェック期間　　（　　月　　日　～　　月　　日）

日　　付																															
1.お肌に張りがない																															
2.肌がべとつく																															
3.いつもよりカサつく																															
4.お肌がくすんでいる																															
5.シワが気になる																															
6.髪がベタつく																															
7.髪がパサつく																															
8.偏頭痛がする																															
9.肩こり																															
10.喘息発作																															
11.関節の痛み																															
12.傷や骨が痛む																															
13.喘息発作																															
14.肩こり																															
15.よく眠れない																															
16.集中できない																															
17.ど忘れ																															
18.いらいら																															
19.食欲不振																															

気象情報システム㈱　TEL　03－5800－4787　FAX　０３－５８００－４７８８