

ご相談票 (シミ・色落・伸縮・黄ばみ・破損・その他)			
衣服名	クリーニング受付日	相談受付日	受付店名
ブランド名	タックNo.	タックNo.	担当者名
ご氏名 様			
ご住所 〒			
TEL ( )			
勤務先			
携帯 TEL ( )			
メーカー名	購入店名	購入年月日	
着用期間	着用回数	クリーニング回数	
色・サイズ・その他	お客様のご要望		
ご相談内容			
処理状況			
摘要			

※ 太枠の中はお客様がご記入下さいませ。

株式会社 クリーンサワ