

TNL 二級採耳師認證 客戶資料卡

客戶編號：

姓名：	生日：	手機：
*保養師務必完成以下 8 項諮詢		
1 平時有無耳道保健的習慣？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：	
2 平時都用那些工具清潔？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 棉花棒 <input type="checkbox"/> 耳耙 <input type="checkbox"/> 其他：	
3 是否有過暈眩或耳朵相關疾病及手術？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，症狀：	
4 是否有過敏或發炎問題？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，過敏及敏感來源：	
5 最近一次採耳日期？	<input type="checkbox"/> 第一次採耳 <input type="checkbox"/> 最近一次日期 年 月 日	
6 了解也願意全程配合，操作過程不隨意轉動頭部與身體！ <input type="checkbox"/> 同意配合		
7 左耳紀錄：		
8 右耳紀錄：		

*請確實詳閱，以便保養師提供最好的服務及日後參考

<p>1. 我知悉採耳後的狀況因人而異，施作前應與專業保養師做好諮詢與評估，服務完成後，無法退費及要求提供免費服務。</p> <p>2. 耳朵保養後可能出現短時間頭暈或耳癢現象，屬保養後正常現象，消退時間會因體質而有所不同。</p> <p>3. 當耳道視內鏡檢測時如發現傷口，保養師有權拒絕本次採耳相關服務。</p> <p>4. 服務過程若有任何不適，我會立即反應。</p>

～我已經充分了解，且完全配合以上所記載的項目及說明，我在此證明此份表格為我本人填寫，並以我最佳認知狀況填寫並簽字同意。～

客戶同意簽名		服務人員簽名		日期	
--------	--	--------	--	----	--