

## あなただけの！オーダーフレンドハーブティー

1. 気になる症状をあげてください



2. アレルギーはありますか。ある場合には、詳細をお書きください。

3. 現在、飲まれている薬、サプリメントがあればその名称、用量、用法をお書きください。

4. どの様な味を希望しますか。苦手な味はありますか。また、カフェイン、ノンカフェインのどちらを希望しますか。  
(複数回答可、○を付けてください)

ハイビスカスの様なすっぱい味・ルイボスの様なさわやかなお茶風味・コーヒーのような苦味・花の香り

緑茶ベース、紅茶ベース、麦茶ベース、カフェイン・ノンカフェイン

その他の希望( )

5. その他に質問、気になること、伝えておきたいことがあればご記入ください

6. 住所(郵便番号もお願いいたします)、氏名、電話、FAX 番号をお書きください

住所

氏名

電話番号

FAX 番号