|  |
| --- |
| **艾声听力连锁上门服务预约单** |
| 客户姓名： | 　 | 年龄： | 　 | 性别： | 　 |
| 地址： | 　 | 电话： | 　 |
| 助听器佩戴史： | 　 |
| 希望上门服务时间： | 　 |
| 希望提供什么服务： | 　 |
| 其他： | 　 |