|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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： |  | | | | |