

お葬儀相談室 FAXお申込書

- FAXでのお申し込みはこの用紙の下記の欄にご記入して、相談室のFAX番号(048-542-7950)まで送信をお願い致します。
- FAX番号は良くご確認の上、お間違えない様にお送りください。
- ご記入は太い枠の中のみ記入してください。また、❌印がついている項目は必須項目です。

フリガナ 御相談者名 ❌			性別 ❌ (○で囲む)	男 ・ 女						
生年月日 ❌ (年号は○で囲む)	明治 ・ 大正 年 月 日生		血液型 (○で囲む)	A ・ B ・ O ・ AB RH()						
フリガナ ご住所 ❌	(〒 -)									
電話番号 ❌	() -	FAX番号	() -							
携帯電話	() -	E-MAIL	@							
連絡希望時間帯	◆相談室からの連絡に指定がある場合や連絡して欲しくない時間帯がある場合はご記入ください。		ご希望のご連絡手段 ❌ (希望に入れた連絡先は必ずご記入ください) 第一希望() 第二希望()							
ご相談内容 ❌										
希望相談場所 ❌ (○で囲む)	ご自宅 ・ 相談室へ来館 ・ 電話 ・ メール			<table border="1"> <tr> <td>相談室受理日</td> <td>担当者印</td> <td>室長確認印</td> </tr> <tr> <td>/</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	相談室受理日	担当者印	室長確認印	/		
相談室受理日	担当者印	室長確認印								
/										

ご記入いただいた個人情報は、個人情報保護の方針に基づき第三者に漏洩しない様に徹底した管理・保管を致します。