

\_\_\_\_年 月 日

※お差支えない範囲でご記入ください。

受付者：

ご相談者様お名前	フリガナ		年齢
	姓	名	
ご相談者様ご住所	〒 電話： 携帯：		
ご希望プラン	<input type="checkbox"/> 堇プラン A	<input type="checkbox"/> 沙羅の木プラン A	<input type="checkbox"/> 睡蓮プラン A
※□にはチェックを入れて下さい。	<input type="checkbox"/> 堇プラン B	<input type="checkbox"/> 沙羅の木プラン B	<input type="checkbox"/> 睡蓮プラン B

どなたのご相談ですか？	フリガナ		年齢	性別 男・女	続柄	
	姓	名				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 病院                  棟                  号室					
	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 自宅					
もしものの時の安置先にご希望はありますか？	□ご自宅    ご住所： _____ □沙羅の木ホール      □その他（                                  ）					
喪主(施主)になる予定の方のお名前	フリガナ		ご本人との関係		ご職業	
	姓	名				
ご家族構成について ご記入ください。	配偶者：                                  ご両親： お子様：                                  ごきょうだい： お孫様：					
お葬式に来られるご家族・ご親戚やご交友関係者の人数をご記入ください。	ご家族	名	ご親戚	名	ご近所	名
	ご友人	名	その他	名	合　計	名
ご宗旨はお決まりですか？	□仏教（                                  宗）    □神道    □キリスト    □無宗教					
お付き合いがあるお寺や教会、神社があればご記入ください。						
	お墓	有   /   無				
お葬式を行いたい場所はどこですか？	□ご自宅    ご住所： _____ □沙羅の木ホール      □その他（                                  ）					
沙羅の木をどこでお知りになりましたか？（複数可）	□通りすがり    □親戚や知人の紹介_____様    □チラシ □インターネット    □看板    □その他_____					
備　考						