

●ご相談内容ご記入シート●

H 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 姓	名		年齢
ご相談者様ご住所	〒 電話 : _____ 携帯 : _____			
ご希望プラン	<input type="checkbox"/> 董プラン 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"/> 董プラン 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 姓	名	年齢	性別 男・女	続柄
現在の状況	<input type="checkbox"/> 病院 棟 号室 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 自宅				
もしもの時の安置先に ご希望はありますか？	<input type="checkbox"/> ご自宅 ご住所 : <input type="checkbox"/> 沙羅の木ホール <input type="checkbox"/> その他 ()				
喪主(施主)になる 予定の方のお名前	フリガナ 姓	名	ご本人との関係	ご職業	
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 ご友人	名	ご親戚 その他	名	ご近所 合計
ご宗旨はお決まりですか？	<input type="checkbox"/> 佛教 (宗) <input type="checkbox"/> 神道 <input type="checkbox"/> キリスト <input type="checkbox"/> 無宗教				
お付合いがあるお寺や 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？	<input type="checkbox"/> ご自宅 ご住所 : <input type="checkbox"/> 沙羅の木ホール <input type="checkbox"/> その他 ()				
沙羅の木をどこでお知りに なりましたか？(複数可)	<input type="checkbox"/> 通りすがり <input type="checkbox"/> 親戚や知人の紹介 _____ 様 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他 _____				
備 考					