

●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		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"/> 希心プラン	<input type="checkbox"/> 沙羅の木プラン	<input type="checkbox"/> 睡蓮プラン

※□にはチェックを入れて下さい。

どなたのご相談ですか？	フリガナ		年齢	性別	続柄	
	姓	名				男・女
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		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？	<input type="checkbox"/> 仏教（ 宗） <input type="checkbox"/> 神道 <input type="checkbox"/> キリスト <input type="checkbox"/> 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？	<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						