

相談受付カード

受付日	年 月 日	受付担当	
ふりがな		ご紹介者	ご関係
お名前			お名前
生年月日	年 月 日		電話
ご住所	〒	お勤め先	
固定電話			電話
携帯電話			FAX
ご用件			
ご内容			