

■質問票（共通）

令和 年 月 日

フリガナ	
相談者氏名	
ご職業	
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 （ 歳）
住所	都・道・府・県 〒 - （世帯主： ）
連絡先	自宅 （ ） 携帯 メールアドレス @ 連絡可能時間 <input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 指定（ ）
相談希望日時	令和 年 月 日 午前・午後 時 分～
相談希望場所	<input type="checkbox"/> 辻終活FP事務所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）
相談内容	<input type="checkbox"/> 終活相談 <input type="checkbox"/> エンディングノート作成支援 <input type="checkbox"/> 暮らしとお金の相談 <input type="checkbox"/> その他（ ）
相談内容概要	
ご相談で解決したいことは何ですか？	
夢や希望を教えてください。	

個人情報の取り扱いについて

辻終活FP事務所は、個人情報について

「個人情報保護方針（プライバシーポリシー）」に従い適正な管理を行なうと共に個人情報保護に努めます。

