

相 談 票

会員の情報	相談日	平成		年		月		日	番号	
	フリガナ							性別	選択して下さい→	
	氏名							年齢		歳
	郵便番号							電話		-
	住所									
	代理店名							電話		-
ご相談はあなた自身のことですか？		家族など		<input type="checkbox"/> ご自身以外の場合 あなたとの関係は						
顧客・家族など	フリガナ							性別	選択して下さい→	
	氏名							年齢		歳
	郵便番号							電話		-
	住所									
	勤務先 又は 学校名							電話		-
	職業	選択して下さい→						その他の場合→		
ご相談はあなた自身のことですか？		家族など		<input type="checkbox"/> ご自身以外の場合 あなたとの関係は						
事故などの場合 相手の保険会社名										
相談概要	件名									
	概要									