

宛 名	(FAX番号 — —)
-----	--------------

氏 名 (漢 字)	
フリガナ	
メールアドレス	
郵便番号	〒
住 所	
電 話 番 号	— —
性 別	<input type="checkbox"/> 男 性 <input type="checkbox"/> 女 性
年 齢	才
土地をお持ちですか？	<input type="checkbox"/> は い <input type="checkbox"/> いいえ
建設予定時期はいつ頃ですか？	<input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 3年以内 <input type="checkbox"/> それ以外
他に相談をしているところがありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
ある場合の相談先を教えてください	<input type="checkbox"/> 設計事務所 <input type="checkbox"/> ハウスメーカー <input type="checkbox"/> 工務店 <input type="checkbox"/> その他 ()