

ヒアリングシート

面 談 日 :	年 月 日	アドバイザー 合格番号	A																	
面 談 場 所 :	()																			
相 談 者 と の 関 係 性 :	()																			
希 望 の 連 絡 先 :	<input type="checkbox"/> 相談者本人 <input type="checkbox"/> 不動産終活アドバイザー <input type="checkbox"/> その他 (関係性:)																			
連 絡 先 :	()																			

ご相談者の情報

ふ り が な 名 前 :			生年月日 :	年	月	日
電 話 番 号 :						性別 :	
住 所 :	(〒 -)						
メ ー ル ア ド レ ス :	@						

ご相談の内容

--