

カラーリング診断申込書

下記項目で該当する箇所に☑を入れて下さい。

お 申 込 年 月 日	年 月 日
使 用 目 的	<input type="checkbox"/> 選挙 <input type="checkbox"/> ビジネス <input type="checkbox"/> その他（結婚他）具体的に [_____]
選 挙 の 種 別	<input type="checkbox"/> 国政選挙（衆・参） <input type="checkbox"/> 都道府県知事選挙 <input type="checkbox"/> 都道府県議会議員選挙 <input type="checkbox"/> 市区町村長選挙 <input type="checkbox"/> 市区町村議会議員選挙
ふ り が な	
お 名 前 ※必ず自署にてご記入下さい。	
生 年 月 日	（西暦） 年 月 日生まれ
ご 住 所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 事務所	（〒 _____ ） _____ 都道 府県 _____ TEL. _____ FAX. _____
代 金 お 支 払 い 方 法 ※どちらかをお選び下さい。	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 現金書留 <small>※代金のお支払いにつきましては、診断書受領後1週間以内にお支払い下さい。</small>
あなたの好きな色を2つ ご 記 入 下 さ い ※参考までにご記入下さい。	① _____ ② _____

お申し込みありがとうございました。尚、診断結果はお申し込み後約1週間程度でお送りいたします。