

フリガナ		年齢		ご職業	
お名前		才		TEL	
ご住所	〒 -			FAX	
				携帯	
				E-mail	
施工場所 住所	〒 - *施工場所と上記住所が異なる場合にご記入下さい				

[希望条件]

\*ご希望の項目に印を付けてください。

建物種類	<input type="checkbox"/> 戸建（木造在来工法） <input type="checkbox"/> 戸建（2×4） <input type="checkbox"/> 戸建（プレハブ） <input type="checkbox"/> 戸建（鉄骨造） <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他
築年数	（ ）年
ご希望プラン （複数可）	<input type="checkbox"/> キッチン <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 洗面 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> テラス <input type="checkbox"/> お庭 <input type="checkbox"/> 外壁 <input type="checkbox"/> 洋室 <input type="checkbox"/> 和室 <input type="checkbox"/> リビング <input type="checkbox"/> 全面改装 <input type="checkbox"/> 間取り変更 <input type="checkbox"/> その他（ ）
重視する点	<input type="checkbox"/> 価格 <input type="checkbox"/> プラン <input type="checkbox"/> 技術 <input type="checkbox"/> その他（ ）
ご予算	（ ）万円 位
家族構成	総数（ ）人 うち 子供（ ）人 お年寄り（ ）人
リフォーム時期	<input type="checkbox"/> すぐ <input type="checkbox"/> 3ヶ月後 <input type="checkbox"/> 半年後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 未定
リフォームしたい理由	
その他具体的な ご相談内容 ご相談形態	<input type="checkbox"/> 訪問希望 <input type="checkbox"/> メール希望 <input type="checkbox"/> 電話希望 <input type="checkbox"/> FAX希望