

サービスについてのアンケート

お客様の声をお聞かせください。

年 月 日

●何をご覧になって当サービスを知りましたか？

- 検索 その他のホームページ経由から チラシ
 紹介 その他（ ）

●サービス（修理）を受ける際に、不安だったことはなんですか？

●サービスをご利用していかがでしたか？ また仕上がりはいかがでしたでしょうか？

※できるだけ具体的にお聞かせいただくと、今後のサービスに反映したいと考えております。

- 非常に満足 満足 まあまあ満足 やや不満 非常に不満

協力をありがとうございました。

お客様について

ふりがな		ペンネーム <small>必須</small>
お名前 <small>必須</small>	※ 名前は掲載しません。 ※ イニシャルでも構いません。	
地域 <small>必須</small>	都 道 府 県 市 区 町 村 郡	
性別 <small>必須</small>	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
年齢 <small>必須</small>	<input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代以上	