

## 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？

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

●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けると、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

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings on the paper.

協力をありがとうございました。

お名前

お客様について

|          |                                                                                                                                                                                                                                       |  |           |  |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|--|
| ペンネーム 必須 |                                                                                                                                                                                                                                       |  |           |  |
|          | ※ イニシャルでも構いません。                                                                                                                                                                                                                       |  |           |  |
| 地域 必須    |                                                                                                                                                                                                                                       |  |           |  |
|          | 都 道 府 県                                                                                                                                                                                                                               |  | 市 区 町 村 郡 |  |
| 性別 必須    | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性                                                                                                                                                                               |  |           |  |
| 年齢 必須    | <input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代<br><input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代以上                       |  |           |  |
| ご職業 必須   | <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業<br><input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他（                      ） |  |           |  |