

消費者生活相談申込票

フリガナ					
お名前					
住所					
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	<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 <input type="checkbox"/> 80代
連絡先			E-mail		
相談内容					
申込日					
その他					