応募用紙・アンケート用紙

※本人様（聞こえでお困りの方）

ふりがな		性別	生年月日	年齢
お名前		男 ・女	M T S H 年 月 日	歳
住所			TEL：	
			Email： @	

※その他連絡先

ふりがな		性別	本人様との続柄
お名前		男 ・女	ご家族 親戚 ご友人 その他（ ）
住所			TEL：
			Email： @

※キャンペーンを知ったきっかけは何ですか？

①広告(TV ラジオ チラシ 新聞 ホームページ) ②知人紹介 ③店頭 ④その他（ ）

※応募動機は何ですか？ ①ご自分から ②勧められて（ご家族・知人・その他）

※現在、どこでどのようにお困りでしょうか？ 今後、きこえることで
今の生活がどのように変わるとおもいますか？
（今までできこえで不自由を感じた思い出など・・）