

\*この「相談受付カード」の情報は本事業のみに使用し、それ以外の目的に使用することはございません。

\*記入可能な範囲の内容でご記入をお願いします。

**相談受付カード**

**\*入力をお願い致します。(同色のセル)**

フリガナ 氏名			年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
現住所	〒 (都道府県名) (市町村名)						
出身地	(都道府県名)	(市町村名)	連絡先	☎			
職業	<input type="checkbox"/> 1. 会社員 <input type="checkbox"/> 2. 公務員 <input type="checkbox"/> 3. 自営業 <input type="checkbox"/> 4. パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 5. 学生 <input type="checkbox"/> 6. 無職・退職 <input type="checkbox"/> 7. その他						
移住家族構成	<b>【家族数】</b> 人 <input type="checkbox"/> 1. 一人暮らし <input type="checkbox"/> 2. 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 3. 夫婦と子供 <input type="checkbox"/> 4. 夫婦と親 <input type="checkbox"/> 5. 夫婦と子供と親 <input type="checkbox"/> 6. その他                      (                      )						
移住時期	<input type="checkbox"/> 1. なるべく早く <input type="checkbox"/> 2. 一年以内 <input type="checkbox"/> 3. 2～3年後 <input type="checkbox"/> 4. 未定 <input type="checkbox"/> 5. その他                      (                      )						
移住想定地域	移住を検討する上で、想定している地域はありますか？ <input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり                      想定地域 (                      )						
移住理由							
相談したい内容							