**＜マヤ暦心理鑑定お申込みヒアリングシート＞**

この度はお申込み誠にありがとうございます。

対面・出張鑑定ご希望の方は、事前に下記の方法でのお申込みにより、当日の鑑定をよりスムーズに行うことができます。もちろん当日のご持参でもかまいません。郵送鑑定ご希望の方は、プリントアウトしたものに必要項目を記載してもらい、写真をメール送信していただくか、FAXまたは郵送でのお申し込みも受け付けております。

**＊E-mail：** [**info@al-kaid.net**](mailto:info@al-kaid.net)**※2段階認証でのセキュリティ対策**

**＊FAX：095-861-2998（8時～22時） 　＊TEL：090-9799-6105（10時～19時）**

**＊郵送先：〒852-8026　長崎市金堀町47-5 ＜美と健康/占いと癒し＞ALKAID　代表　池田美穂**

**【必要項目】**

|  |  |
| --- | --- |
| **＊ご住所（建物名まで）** | 〒 |
| **＊お名前/性別** |  |
| **＊（ご連絡が取れる）電話番号** |  |
| **＊（受信可能な）Eメールアドレス** |  |

**＊鑑定を希望される方のお名前/性別/生年月日（西暦）**

※生年月日が1日でも違えば結果が大きく異なってきますので、よくご確認ください。

※お申込み者以外の方のお名前はイニシャルまたはニックネームでも可。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **お名前** | **性別** | **生年月日（西暦）** | **お申込み者とのご関係（※任意）** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

­

＊**質問したいこと・聞きたいこと・知りたいこと・気になること**等をお書き下さい。

※箇条書きでもかまいませんので、内容が簡潔で具体的なほど、詳細で充実したアドバイスをお伝えできます。

※個人情報の保護には努めて参りますので、ご安心してお申込み下さい。

**＊対面・出張鑑定**ご希望の方は**ご希望予約日時（2つ）**をお書き下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①　　　　　　月　　　　　　日　　　　　　時　　　　　　分 |  | ②　　　　　　月　　　　　　日　　　　　　時　　　　　　分 |