

BCオンライン契約用ヒアリングシート

Ver.1.1

申込年月日（必須）	年 月 日		
申請者お名前（必須）			
カナ名（必須）			
生年月日（必須）	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性
ご住所（必須）	〒		
電話番号 (*携帯とどちらか必須)		携帯番号	
FAX番号			
メールアドレス（必須）			

金融機関名			支店名	
口座種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号		
口座名義人（カナ）				

現在のお仕事（必須）	<input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 会社員(営業) <input type="checkbox"/> 会社員(技術系) <input type="checkbox"/> 会社員(事務系) <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> その他			
会社名			在籍年数	年
業種				

職歴(化粧品関係)・会社名		在籍年数	年
業種			
職歴(美容関係)・会社名		在籍年数	年
業種			
取得資格			
交通機関と最寄駅			

カウンセラーになった動機 (必須)	<input type="checkbox"/> 1 : 知人に紹介しているうちに、仕事としてやっていける自信ができた
	<input type="checkbox"/> 2 : 収入面も含め、やりがいのある仕事だと思った
	<input type="checkbox"/> 3 : アルソアの活動が楽しそうなので
	<input type="checkbox"/> 4 : 比較的時間が自由で、自分のスタイルで仕事ができるので
	<input type="checkbox"/> 5 : 商品が気に入っていていろいろなものをたくさん使ってみたいので
	<input type="checkbox"/> 6 : 知人や家族から積極的に勧められ、協力もしてもらえそうなので
	<input type="checkbox"/> 7 : 企業や商品の考え方方がしっかりしていて、共鳴できるから
	<input type="checkbox"/> 8 : 自立したり、チャレンジしたり、自分をもっと高めたいから
	<input type="checkbox"/> 9 : 特に理由はない

■家族情報 (必須) (配偶者なしの場合は記入不要)

配偶者情報	氏名	性別	<input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 男性	同居	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居
	生年月日	職業	勤務先				
	別居の場合住所						
家族情報 1	氏名	性別	<input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 男性	同居	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居
	生年月日	続柄	職業				
家族情報 2	氏名	性別	<input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 男性	同居	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居
	生年月日	続柄	職業				
家族情報 3	氏名	性別	<input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 男性	同居	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居
	生年月日	続柄	職業				

■チェックシート (必須)

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1 : アルソア製品を使用している (使用歴 年 カ月) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2 : 過去の販売登録歴はない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⇒いいえの場合、販売員期間を教えてください (年 月 ~ 年 月) | | |
| 3 : 同業他社で販売員契約をしていない *同業他社の販売員を辞めて契約する場合は可 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4 : 面識がなく、いきなりの電話や飛び込みでの販売契約ではない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5 : 購入製品に偏りはない。 (例: AQSのみ・酵素のみの購入など) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⇒いいえの場合の理由 () | | |
| 6 : トレーニング・セミナーに参加し、正しい知識の習得に努めることができる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7 : 製品の利用方法を正しく理解し、カウンセリング販売と顧客管理の徹底に努める事ができる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 8 : インターネットやアプリケーションを利用しての製品販売及び転売を行わない | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

■添付書類確認 (必須)

<input type="checkbox"/> AFC入金証明 (振込証明書)
<input type="checkbox"/> 顔写真
<input type="checkbox"/> 本人確認書類
<input type="checkbox"/> 購入商品の納品領収書 (ミルカで受注入力を実施した場合は不要)

■増設者 (親BC)

組織コード		組織名	
-------	--	-----	--