

アンケートシート

ヒアリング日	令和 年 月 日							
分類	項目	内容						
お客様情報	会社名・個人名							
	業種							
	ご担当者様名							
	所在地							
	TEL / FAX							
	メールアドレス							
	既存サイト	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり	https://		
	Googleアカウント	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり			
	SNS	<input type="checkbox"/>	Facebook	<input type="checkbox"/>	Twitter	<input type="checkbox"/>	Instagram	<input type="checkbox"/>
構築	Webサイト名							
	サービスの特徴 <small>競合他社との差別化、 付加価値があればご記入ください。</small>							
	掲載したい内容							
	ターゲットユーザー	性別						
		年齢層						
その他特徴								
デザイン	希望イメージ・カラー							
	参考としている Webサイトやデザイン							
	上記の参考にしたい点							
備考								