



体験レッスンカルテ

年 月 日受付

名 前	(フリガナ)		生年月日		
			年 月 日		
住 所	〒				
電 話		携帯電話			
スクールは何をご覧になりましたか。	<input type="checkbox"/> 館内POP・手配りチラシ <input type="checkbox"/> 館内（放送）で勧誘 <input type="checkbox"/> 新規来場 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> LINE <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 紹介（家族・知人・スクール生・その他）ご紹介者様のお名前【 】				
体験レッスンを受講しようと思ったきっかけは？	<input type="checkbox"/> これからゴルフを本格的にしてみたい <input type="checkbox"/> スクールに興味があり、以前から受講してみたかった <input type="checkbox"/> 家族や友達に勧められ一緒にプレーしたい <input type="checkbox"/> 会社の付き合いでゴルフをする予定になった <input type="checkbox"/> 今の悩みを解決したい <input type="checkbox"/> その他（ ）				
体験	レッスン受講日	年 月 日（ ）		: ~ 担当:	
アンケート	ゴルフ歴	年 月	平均スコア	ベストスコア	
	趣味		スポーツ歴	怪我・病気	
	□練習頻度： 週 回 / 月 回 / 年 回				
	□ラウンド頻度： 月 回 / 年 回				
	□直近のラウンド予定： 年 月 日（ゴルフ場名： ）				
	現在の お悩み (複数可)	□ドライバー（飛距離・方向性） <input type="checkbox"/> アイアン（飛距離・方向性）			
		□フェアウェイウッド・ユーティリティ（飛距離・方向性）			
		□アプローチ（方向性・距離感） <input type="checkbox"/> パター（方向性・距離感）			
		□スライス・フック <input type="checkbox"/> ダフリ・トップ <input type="checkbox"/> シャンクが出る <input type="checkbox"/> OBが多い			
		□バンカー（出ない・寄らない） <input type="checkbox"/> きれいなスイングを身につけたい			
□課題が分からない <input type="checkbox"/> 昔よりスコアが悪くなった <input type="checkbox"/> 練習とラウンドが違う					
□練習しても上達しない <input type="checkbox"/> 練習しても自信が持てない <input type="checkbox"/> 練習する時間が取れない					
□何を練習すればよいか分からない <input type="checkbox"/> 楽しくラウンドしたい					
□将来的なゴルフ目標は何ですか？					
□ご意見やご要望などあればお聞かせ下さい。					