

電話受付対応記録

受付	受電日時	年 月 日 ()	時	分から
	受付者名		時	分まで
顧客	フリガナ		お電話番号	
	お名前 (名称)		()	
	ご住所	〒		
内容	区分	<input type="checkbox"/> お問い合わせ <input type="checkbox"/> ご意見 <input type="checkbox"/> その他()		
	ご用件	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>		
	対応内容	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>		
	備考	<input type="checkbox"/> 折返し要 <input type="checkbox"/> 再度連絡あり <input type="checkbox"/> メール要		

受付	受電日時	年 月 日 ()	時	分から
	受付者名		時	分まで
顧客	フリガナ		お電話番号	
	お名前 (名称)		()	
	ご住所	〒		
内容	区分	<input type="checkbox"/> お問い合わせ <input type="checkbox"/> ご意見 <input type="checkbox"/> その他()		
	ご用件	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>		
	対応内容	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>		
	備考	<input type="checkbox"/> 折返し要 <input type="checkbox"/> 再度連絡あり <input type="checkbox"/> メール要		