

法律相談申込書

○法律相談用記入欄(太枠内を記入して下さい)

申込日		平成	年	月	日	生年月日	昭/平	年	月	日	生	歳	
相談者	氏名	かな										男・女	
											Tel		
										携帯等			
	住所	〒								事務所から資料等送付	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	
	アドレス												
	勤務先	<input type="checkbox"/> 有	会社名										<input type="checkbox"/> 就労中
	<input type="checkbox"/> 無	勤続年数	年	年収	万	賞与	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	夏季	万	冬季	万	
任意保険	<input type="checkbox"/> 加入済	会社名							弁護士特約	<input type="checkbox"/> 有			
	<input type="checkbox"/> 未加入	担当者								<input type="checkbox"/> 無			
		電話番号								<input type="checkbox"/> 不明			
Fax													
相手方	氏名	かな										Tel	
											携帯等		
	住所	〒								主張等			
	任意保険	<input type="checkbox"/> 有	会社名										
<input type="checkbox"/> 無		担当者											
		電話番号											
事故状況	事故日	平成	年	月	日	事故発生住所							
	事故態様	相談者	<input type="checkbox"/> 歩行者	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> エンジン付き二輪車(バイク)	<input type="checkbox"/> 自動車							
		相手方	<input type="checkbox"/> 歩行者	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> エンジン付き二輪車(バイク)	<input type="checkbox"/> 自動車							
		事故類型	<input type="checkbox"/> 正面衝突	<input type="checkbox"/> 側面衝突	<input type="checkbox"/> 出会い頭衝突	<input type="checkbox"/> 接触	<input type="checkbox"/> 追突	<input type="checkbox"/> その他					
現場の状況													
後遺障害	持病	<input type="checkbox"/> 有	事故後の傷害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()								
			<input type="checkbox"/> 無	症状固定	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済	【平成 年 月 日】						
	後遺障害認定手続		<input type="checkbox"/> 済	後遺障害等級		<input type="checkbox"/> 該当	【第 級】						
		<input type="checkbox"/> 未了	異議申立手続		<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない							
ご相談・ご依頼	相談の目的		<input type="checkbox"/> 保険会社/相手方との対応対応についてのアドバイス										
			<input type="checkbox"/> 後遺障害等級の認定手続きに関するアドバイス										
			<input type="checkbox"/> 保険会社から提示された示談金額に関するアドバイス										
			<input type="checkbox"/> その他 ()										
	依頼意思について	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 弁護士のアドバイスを受けに来訪した										
<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 弁護士のアドバイスをふまえて自分で解決を試みる予定											
		<input type="checkbox"/> アドバイス・活動方針・費用等が折り合えば弁護士への依頼を考えている。											
		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 弁護士に依頼したい。										

当事務所をどちらでお知りになりましたか。

ホームページ(PC用/携帯用) 電話帳 市役所 弁護士会 タウンページ

親族・知人() 紹介() その他()