

法律相談カード

記入日

年 月 日

相 談 者	フリガナ お名前			生年月日： 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)
	ご住所		〒	
	電話等		TEL: - - FAX: - - 携帯: -	
	メールアドレス			
	日中及び夜間の連絡先		日中: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 [TEL: 場所:] 夜間: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 [TEL: 場所:]	
勤務先	会社名		職業	
	ご住所		〒	
	電話・FAX		TEL:	FAX:
ご本人へ相談者と異なる場合V	フリガナ お名前		相談者との関係	生年月日： 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)
	ご住所		〒	
	電話等		TEL: - - FAX: - - 携帯: -	
	メールアドレス			
	日中及び夜間の連絡先		日中: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 [TEL: 場所:] 夜間: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 [TEL: 場所:]	
	勤務先	会社名		職業
ご住所		〒		
電話・FAX		TEL:	FAX:	
当事務所を何でお知りになりましたか		<input type="checkbox"/> TEL帳 <input type="checkbox"/> 市役所等の法律相談 <input type="checkbox"/> 事務所リーフレット <input type="checkbox"/> インターネット (<input type="checkbox"/> 当事務所のホームページ <input type="checkbox"/> _____ のホームページ) <input type="checkbox"/> 以前相談したことがある (年 月頃) <input type="checkbox"/> 以前依頼したことがある (年 月頃) <input type="checkbox"/> 紹介 (紹介者: _____ 紹介者との関係: _____) <input type="checkbox"/> 出版物を見て (タイトル _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
相談の分野にチェックしてください		<input type="checkbox"/> 土地・建物 <input type="checkbox"/> 借地・借家 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 金銭問題 <input type="checkbox"/> 取引関係 <input type="checkbox"/> 家庭問題 <input type="checkbox"/> 相続問題 <input type="checkbox"/> 刑事・少年 <input type="checkbox"/> 労働 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
ご相談内容 (右に書ききれない場合は別の用紙にお書き頂いても結構です)		【問題となっている事情】 (できるだけ時間的経過にしたがってお書きください)		
		【ご相談事項】 (できる限り具体的にお書きください)		