

ご相談受付シート

※ 太枠のみご記入ください。

ふりがな	男 ・ 女	担当弁護士	事務局			
氏 名						
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	(歳)
ふりがな						
現住所	〒	—				
書類送付先 (現住所と異なる場合のみご記入ください)	〒	—				
TEL	携帯	FAX				
E-mail						
ご希望の連絡方法 (チェックをつけてください)						
<input type="checkbox"/> TEL (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯) (連絡がとりやすいお時間: 時～ 時)						
<input type="checkbox"/> FAX (当事務所からの送信前に事前連絡を希望されますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)						
<input type="checkbox"/> E-mail						
ご相談内容 (これまでの経緯や具体的事実, ご希望などをお書きいただくと, ご相談がスムーズになります。)						

※本シートにご記入いただいた内容は, 当事務所からのご連絡のみに使用し, それ以外の目的には使用いたしません。