

法律相談カード 同心法律事務所

記入日 年 月 日

相談者	(ふりがな) お名前		生年月日:	明・大・昭・平	年	
	ご住所		〒			
	電話番号等		TEL: 携帯電話:	FAX: E-mail:	@	
	連絡先 日中/夜間		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				
所在地		〒				
TEL/FAX		TEL:		FAX:		
* 相談者と異なる場合 ご本人	(ふりがな) お名前		生年月日:	明・大・昭・平	年	
	ご住所		〒			
	電話番号等		TEL: 携帯電話:	FAX: E-mail:	@	
	連絡先 日中/夜間		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				
所在地		〒				
TEL/FAX		TEL:		FAX:		
当事務所をどのように お知りになりましたか			<input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> 以前相談したことがある(年 月頃) <input type="checkbox"/> 以前相談したことがある(年 月頃) <input type="checkbox"/> 紹介(紹介者: _____ ご関係: _____) <input type="checkbox"/> その他(_____)			
相談の分野に チェックして下さい			<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"/> 労働問題 <input type="checkbox"/> その他(_____)			
ご相談内容			<p>【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下さい)</p> <p>【ご相談事項】(できる限り具体的にお書き下さい)</p> <p><input type="checkbox"/> 事務所案内、郵便物などの送付を希望されされない場合には<input type="checkbox"/>に<input checked="" type="checkbox"/>をして下さい。</p>			