

担 相談室 利相 相談日 年 月 日

法律相談シート

ご提供頂いた個人情報は、当法律事務所の相談・事件内容管理(事案把握、利益相反関係のチェック、当事務所からのご連絡等)の利用目的の範囲で利用します。弁護士には守秘義務があり、相談内容を第三者に漏らすことはありません。

太枠内のみご記入下さい。

マイタウン法律事務所をどこでお知りになりましたか？(該当するものにVを記してください)	
<input type="checkbox"/> インターネット	<input type="checkbox"/> タウンニュース
<input type="checkbox"/> ご紹介	<input type="checkbox"/> その他(以下にご記入ください)
<input type="text"/>	様 <input type="text"/>

(1) 貴社について教えてください

貴社	ふりがな	<input type="text"/>	ふりがな	<input type="text"/>	役職・部署	<input type="text"/>
	社名	<input type="text"/>	担当者	<input type="text"/>		
	住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>			
		(建物名・部屋番号)				
	電話番号	会社	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	携帯	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
	メールアドレス	<input type="text"/> @ <input type="text"/>				

(2) 相手の方について教えてください

相手	ふりがな	<input type="text"/>	生年月日 (西暦)	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	歳	<input type="text"/>
	氏名・社名	<input type="text"/>	御社との 関係	<input type="checkbox"/> 施主 <input type="checkbox"/> その他[<input type="text"/>]		
	住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>			
		(建物名・部屋番号)				
	電話番号	携帯	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	自宅	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	

※ その他関係者・関係会社等ございましたら以下にご記入ください。

ふりがな	<input type="text"/>	生年月日 (西暦)	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	歳	<input type="text"/>
氏名・社名	<input type="text"/>	御社との 関係	<input type="text"/>		
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>			
	(建物名・部屋番号)				
電話番号	携帯	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	自宅	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	