

法律相談カード

*太枠内をご記入下さい。

住 所	〒 _____ TEL () FAX () 携帯 ()
(フリガナ)	
氏 名	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)
勤 務 先 職 業	TEL ()
紹介者名	
相 談 日	平成 年 月 日
相 手 方	

※ 初回の相談料は、原則として1時間10,000円(税別)となりますのでご了承下さい。

※ 本カードに記載された内容は、法律相談に対する回答に必要な範囲で使用致します。差し支えない範囲でご記入下さい。

※ また、ご相談された内容とは関係なく、当事務所からの事務所報等のご案内を送付させて頂く場合があります。当事務所からのご案内の送付を希望されない場合には、以下()内に○印をおつけ下さい。

() 事務所報等の案内の送付を希望しません。