

事務所名

住所 〒

TEL

FAX

メールアドレス

担当者様

(印)

## 相談書

貴社に対し、下記のとおり業務を依頼します。

1	依頼事項	<input type="checkbox"/>	意見書サービス
		<input type="checkbox"/>	画像鑑定サービス
		<input type="checkbox"/>	医療相談サービス
		<input type="checkbox"/>	その他
	※ いずれかにチェックしてください。		
2	事案名		
3	ふりがな		
	案件者名		
	生年月日	年	月 日
4	弁護士特約	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
5	事故日(発生日)	年	月 日
6	資料送付予定日	年	月 日
7	希望納期	年	月 日
8	事案概略 ※必ずご記入ください。		
	要望事項 ※必ずご記入ください。		