

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。	