

# マロニエ法律事務所 法律相談票(交通事故)

※わかる範囲で結構です。できる限りご記入ください。

令和 年 月 日

ご相談者様	ふりがな			
	氏 名	男・女		
	住 所	〒 <input type="checkbox"/> 法律事務所の封筒で郵送してもよい。		
	生年月日	T.S.H 年 月 日生 ( 歳 )	職 業	
	電話 携帯	<input type="checkbox"/> 法律事務所と名乗ってよい	FAX e-mail	
	希望の 連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話(自宅) <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> LINE <input type="checkbox"/> その他		
ご契約の 保険会社	社名・部署: TEL: FAX:  弁護士特約: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	担当者名:		
相手方 (加害者)	ふりがな			
	氏 名	男・女		
	住 所	〒	職業	
	電話・携帯		FAX	
相手方の 保険会社	社名・部署: TEL: FAX:	担当者名:		
相談内容	●交通事故の内容について教えてください。(わかる範囲でご記入ください)			
	・事故発生日時 年 月 日 午前・午後 時 分頃			
	・事故発生場所			
	・事故状況			
	・ケガの症状(診断名等)			
	・治療開始日 年 月 日 (医療機関名: )			
	年 月 日 (医療機関名: )			
	年 月 日 (医療機関名: )			
	●治療終了日(治癒・症状固定) 年 月 日			
	●通院の手段 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通期間(バス・電車) <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他			
	●入院の有無 <input type="checkbox"/> 入院した( 年 月 日 ~ 年 月 日)・ <input type="checkbox"/> 入院なし			
	●休業の有無 <input type="checkbox"/> 休業した( 年 月 日 ~ 年 月 日)・ <input type="checkbox"/> 休業なし			
●物損 <input type="checkbox"/> 相談者所有車両 <input type="checkbox"/> 相談者所有車両以外(所有者: )				
※事件の経緯や弁護士への質問等をご記入ください。 (記載欄が不足する場合は裏面をご利用ください。)				
※事務所をどのようにお知りになりましたか? <input type="checkbox"/> 事務所HP <input type="checkbox"/> 相談サポートHP <input type="checkbox"/> 紹介( ) <input type="checkbox"/> その他				