

マロニ工法律事務所 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				男・女	
	氏名					
	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	<input type="checkbox"/> 法律事務所と名乗ってよい		FAX		
	携帯			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:			担当者名: 弁護士特約: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
相手方 (加害者)	ふりがな				男・女	
	氏名					
	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:	
<p>●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)</p> <p>・事故発生日時 年 月 日 午前・午後 時 分頃</p> <p>・事故発生場所</p> <p>・事故状況</p>						
<p>・ケガの症状(診断名等)</p> <p>・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:)</p> <p>●治療終了日(治癒・症状固定) 年 月 日</p> <p>●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</p> <p>●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</p> <p>●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</p> <p>●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:)</p>						
<p>※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。)</p>						
<p>※事務所をどのようにお知りになりましたか?</p> <p><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</p>						