

# ご来所専用相談カード(交通事故)



来所予定日 平成 年 月 日( )

ふりがな	性別	職業	年収
氏名	男・女		約
	生年月日		
	大・昭・平	年 月 日( )	歳
住所 〒 -	紹介先		
※ 郵便の発送について、事務所名の記載された封筒の使用は、可 ・ 不可 (不可の場合は、白封筒・弁護士個人名にて発送いたします)		1. ホームページ Google ・ Yahoo! 2. 弁護士会・法テラス 3. その他 ( )	
自宅	勤務先	連絡 可 ・ 不可	
携帯	勤務先住所 〒 -		
FAX			
E-MAIL ①	@	( PDFの添付は、可 ・ 不可 )	
E-MAIL ②	@	( PDFの添付は、可 ・ 不可 )	
<相手方に関して>			
ふりがな	性別	職業	
氏名	男・女	( 歳 )	
住所 〒 -	連絡先		
相手方保険会社 ・ 相手方に代理人がついている場合、代理人名			
事故日：平成 年 月 日 午前・午後 時 分ごろ			
発生場所：			
事故の様子：			
現在の入通院先：			
受傷の部位・程度：			
症状固定日：平成 年 月 日		後遺障害の程度(等級)：	
自賠償の被害者請求： 有 ・ 無	人身傷害保険： 有 ・ 無	弁護士費用特約： 有 ・ 無	
<具体的相談内容>			

※ ご来所日が決まりましたら、分かる範囲でご記入いただき、当日お持ちください。