

# 相談カード(交通事故)



相談日 令和 年 月 日( 時)

ふりがな		職業	年収
氏名		会社員・自営業・パート/アルバイト 主婦/主夫・無職・その他( )	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		
携帯	勤務先住所 〒 —		
FAX			
PDFの添付可能なメールアドレス			
@			
<相手方に関して>			
ふりがな		性別	職業
氏名 ( 歳)		男・女	
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： 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： 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>			