相　談　票（医療）

相談票は以下にご返送をお願いいたします。

＜メールの場合＞kigyo@nagoyasogo.jp　＜FAXの場合＞0586-64-6882

担当事務員：　　弁護士：

ご来所日	令和　　年　　月　　日		
病院、施設名	ふりがな		代表者
住所	〒		
	ＴＥＬ　　（　　）　　ＦＡＸ　　（　　） E-mail		
ご来所された方についてご記入ください			
お名前	ふりがな	満年齢	性別	役職など
		才	男・女	
第２連絡先への連絡をご希望の方、下記にご記入ください			
第二連絡先 住所	〒		
	ＴＥＬ　　（　　）　　ＦＡＸ　　（　　） 携帯　　（　　）		
連絡先区分	□分院、支店（名称：　　） □自宅　　□その他（　　）		
※当事務所をお知りになったきっかけをご記入ください。 知人のご紹介・電話帳・愛知県弁護士会のホームページ・当事務所ホームページ 地下鉄の車内広告・その他			

※御来所の際、相談に関連する資料があればお持ちください。

ご相談内容（できるだけ詳しくご記入ください）