



FAX FOR 072-222-1524



泉田法律事務所

法律相談予約申し込み票

お名前	
ご住所	〒
電話番号	
事故日	年 月 日
人身・物損の別	人身・物損 (該当に○をおつけください。)
人身の場合	傷病名
通院中か否か	通院中・治療終了 (該当に○をおつけください。)
後遺障害の有無	あり・なし (該当に○をおつけください。)
後遺障害ありの場合	等級 級
弁護士費用特約	あり・なし (該当に○をおつけください。)
相談希望日	第一希望 月 日 時ころから 第二希望 月 日 時ころから 第三希望 月 日 時ころから
相談内容 (差支えのない範囲でご記入ください。)	