マイルストーン法律事務所　行

# 相談申込書 （FAX：052-265-7496）

分かる範囲で可能な限りご記入下さい。黒のボールペンを使用し，崩さずに楷書体でご記入下さい。

| | |
|---|---|
| 相談者 | ■氏名　　■ﾌﾘｶﾞﾅ<br>■性別　□男　□女<br>■住所　〒　　－<br>■TEL（自宅　　）（携帯　　）<br>■FAX<br>■Eメールアドレス　　@<br>■被害者との関係　□本人　□配偶者　□子<br>□親　□兄弟　□その他（　　） |
| 被害者 | ■氏名　　■ﾌﾘｶﾞﾅ<br>■性別　□男　□女<br>■生年月日　T･S･H　　年　　月　　日（満　　歳） |
| 事故発生日・発生場所 | ■平成　　年　　月　　日　■　　都･道･府･県 |
| 事故態様（簡単に） | |
| 受傷の部位・診断名 | |
| 症状固定日 | □平成　　年　　月　　日　□未定　□不明 |
| 後遺障害の等級・死亡 | □第　　級　　号　□非該当　□認定前　□死亡<br>■具体的な障害内容（　　） |
| 相手方の任意保険会社 | |
| 自賠責の被害者請求の有無 | □請求済　□未請求　□不明 |
| その他，相談したい事項 | |
| 添付書類 | □交通事故証明書　□診断書　□後遺障害等級認定票<br>□その他（　　） |