

# 相談カード

相談年月日

年 月 日 ( : ~ : )

ふりがな  
氏名：  
  
(生年月日 年 月 日 歳)  
□私は、反社会的勢力に属していません。

住所：〒

TEL：  
FAX：  
携 帯：  
e-mail：  
勤務先：  
所在地：〒

● 自宅への書類郵送の可否  
□ 可 □ 不可

● 電話連絡希望時間帯  
□いつでもよい  
□ 時～ 時ころ

● zoom、teams での打合せの可否  
□ 可能 □ できない

● 他の弁護士に相談しましたか： 有・無  
いつ  
誰に

● 当事務所を何で知りましたか：  
□インターネット  
□事務所HP、□弁護士ドットコム、  
□ココナラ  
□その他(具体的に\_\_\_\_\_)

※インターネットの検索キーワード  
(例：「女性」「弁護士」「金沢」等)  
「\_\_\_\_\_」

□電話帳 □回覧板  
□紹介(紹介者\_\_\_\_\_)  
□その他(具体的に\_\_\_\_\_)

【相手方情報】  
氏名：\_\_\_\_\_ (関係 \_\_\_\_\_)  
(生年月日 年 月 日 歳)  
住所：  
勤務先：  
連絡先(電話番号、メール)

【相談内容】

受任： 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> □未定	ファイル作成： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事件番号	裁 支部 年 ( ) 第 号
費用等： <input type="checkbox"/> 要請求書 <input type="checkbox"/> 口頭にて済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> その他/金額 円			