



## 無料法律相談シート（交通事故用）

※ わかる範囲でご記入いただければ結構です！

記入

フリガナ					
氏名					
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年齢	歳	生年月日	年 月 日
住所	〒				
連絡先	TEL(自宅)：	職業	<input type="checkbox"/> 会社員（ ） <input type="checkbox"/> 主婦（主夫）		
	TEL(携帯)：		<input type="checkbox"/> その他（ ）		
	FAX：		Email：		
相手方保険会社	社名・部署名：		担当者名：		
	TEL：				
	FAX：				
契約保険会社	社名・部署名：		担当者名：		
	TEL：				
	FAX：				
	弁護士特約（注1）： <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 契約保険会社へ弁済を利用する旨の連絡済み） <input type="checkbox"/> なし				
物損	<input type="checkbox"/> 相談者所有車両 <input type="checkbox"/> 相談者所有車両以外（所有者： ）				
	その他着衣損等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）				
事故発生日	年	月	日	過失割合	当方： 相手：
同乗者名	人身事故の届出		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	休業損害		<input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし		
	労災適用の可否		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
事故の概要					
ケガの症状					
通院手段	病院：		通院頻度	病院：	
	整骨院：			整骨院：	

※1 ご加入（有）の場合は、弁護士ご利用に伴う費用は一切かかりません。（ただし限度額あり）

弁護士 メモ欄	(受任範囲) <input type="checkbox"/> 人身 <input type="checkbox"/> 物損	ご紹介整骨院
		TEL
		ご担当者

弁護士法人 渋谷アクア法律事務所

〒150-0044 東京都渋谷区円山町20-1 新大宗円山ビル11階

TEL：03-5784-0945 / FAX：03-5784-0946