

## 相 談 シ ー ト (離婚)

相談日時	平成    年        月        日	担当	
	:        ~        :		

お名前 (旧姓)	フリガナ (旧姓)		
生年月日	年        月        日 (        歳)		
住 所	〒		
連絡先	自 宅		F A X
	携 帯		会社名
メール			
職 業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 (        )		
事務所封筒	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可   ( <input type="checkbox"/> 個人名男性 <input type="checkbox"/> 個人名女性 <input type="checkbox"/> 郵便局留め )		
代理人の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   (        )		

配偶者 (旧姓)	フリガナ	生年月日	年    月    日
		年 齡	歳
		連絡先	
	(住 所)		
(職 業) <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 (        )			
出会い	年    月    日	交際日	年    月    日
同居日	年    月    日	結婚式	年    月    日
婚姻日	年    月    日	離婚日	年    月    日
現在の状況	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居開始日	年    月    日 ( 回目)
婚姻費用の支払有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月額        円)	
代理人の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   (        )		

配偶者以外 が相手方の 場合はこち らにご記入 ください。	フリガナ	生年月日	年    月    日
		年 齡	歳
		連絡先	
	(住 所)		
(職 業) <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 (        )			

子ども					
名前 (フリガナ)	続柄	性別	年齢	生年月日	現在の状況
			歳	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
			歳	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
			歳	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
			歳	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居

資産・収入					
相 談 者	月収	円	相 手 方	月収	円
	年収	円		年収	円
	勤務先 (役職)			勤務先 (役職)	
	資産 (不動産)	(取得価格及び現在価値)		資産 (不動産)	(取得価格及び現在価値)
	資産 (その他)			資産 (その他)	

離婚原因等 (該当番号に○)	(特に相談したい内容)
1、不貞行為	
2、悪意の遺棄	
3、3年以上の生死不明	
4、回復見込みのない強度 の精神病	
5、その他婚姻を継続しが たい重大な事由 (暴力・暴言・その他)	