

相 談 シ ー ト (会 社)

記入日	平成 年 月 日	ご担当	

代表者お名前	フリガナ			生年月日	年	月	日生
代表者ご住所	〒						
代表者TEL	自宅		FAX				
	携帯						
御社ご住所	〒						
御社TEL	会社		FAX				
	担当部署						
メールアドレス	@						
代理人の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→弁護士名:		事務所名:				

事案の内容	
事案の概要	
相手方氏名等	※代理人がいれば 弁護士名: 事務所名:
現状	
希望	
今後の方針	
<input type="checkbox"/> 直ちに依頼希望 <input type="checkbox"/> 検討の上連絡 <input type="checkbox"/> 見積もり希望 <input type="checkbox"/> 相談のみ <input type="checkbox"/> その他()	
備考	