

# ご相談 FAX 送信票

**ご記入欄** 記入欄を可能な限り、楷書体で崩さずにご記入下さい。

(ふりがな)			(ふりがな)		
依頼者氏名	( 歳)		被害者氏名	( 歳)	
被害者との関係 (本人・父・母など)			被害者の 生年月日	T・S・H	年 月 日
住 所	〒 —				
E-Mail アドレス	@				
電 話 番 号	自宅	携帯	Fax		
事故発生日時	年	月	日	午前・午後	時 分 ころ
事故発生場所					
事故の様子 (簡 単 に)					見取り図
相手方の氏名	(加害者)				
受傷の部位・程度					
後遺障害の程度 (等級あるいは死亡)			症 状 固定日	年 月 日	
相手方の任意 保険会社名			自賠責の被害 者請求の有無	請求あり ・ なし ・ 不明	
添付書類 (○印)	・ 交通事故証明書 ・ 診断書 ・ その他 ( )				
人身傷害保険	あり ・ なし ・ 不明		弁護士費用特約	あり ・ なし ・ 不明	
被害者側の任意保険会社名					

〒103-0013 東京都中央区日本橋人形町 2-13-9 ダヴィンチ人形町 4F 古田総合法律事務所内  
「交通事故・弁護士全国ネットワーク」事務局

FAX 03-3667-0321

電話 03-3667-0320

http://www.bengosi-net.jp

ご記入後、事故証明等の添付書類  
を添えて FAX・郵送してください。