

# 相 談 票 (医療)

相談票は以下にご返送をお願いいたします。

<メールの場合>kigyo@nagoyasogo.jp <FAXの場合>052-683-1811

担当事務員： 弁護士：

ご来所日	令和	年	月	日				
病院、 施設名	ふりがな				代表者			
住所	〒							
	TEL	( )	FAX	( )	E-mail			
ご来所された方についてご記入ください								
お名前	ふりがな				満年齢	性別	役職など	
					才	男・女		
第2連絡先への連絡をご希望の方、下記にご記入ください								
第二 連絡先	住所	〒						
		TEL	( )	FAX	( )	携帯 ( )		
	連絡先区分	<input type="checkbox"/> 分院、支店 (名称： ) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
※当事務所をお知りになったきっかけをご記入ください。 知人のご紹介・電話帳・愛知県弁護士会のホームページ・当事務所ホームページ 地下鉄の車内広告・その他								

※御来所の際、相談に関連する資料があればお持ちください。

ご相談内容（できるだけ詳しくご記入ください）