

法律相談概要書 (交通事故)

F A X 06-6926-4475 ソレイユ法律事務所 弁護士 井川慶子 あて

お名前	(ふりがな)
生年月日など	(<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成) 年 月 日生まれ (歳) (<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)
ご住所	〒 —
お電話番号	— —
F A X 番号	— —
携帯電話番号	— —
eメールアドレス	@
携帯メールアドレス	@
ご希望の法律相談	<input type="checkbox"/> ご来所にて (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> ひとまずお電話にて (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 夜)
私からのお返事	<input type="checkbox"/> お電話に <input type="checkbox"/> F A Xに <input type="checkbox"/> 携帯電話に <input type="checkbox"/> eメールに <input type="checkbox"/> 携帯メールに
事故日時	平成 年 月 日
事故の状況	相談者 V S 相手方 (ex 車 vs 自転車)
具体的事故の状況	
傷病名	
症状固定年齢	
治療期間	①入院 日間 ②通院 日間
相手方保険会社	
ご自身の加入保険会社	弁護士特約の有無 有 or 無
ご相談の概要 (その他事実経過, ご要望等。)	