

法律相談票(交通事故)

※わかる範囲で結構です。白色部分をできる限りご記入ください。

し相 談 者 様	ふりがな	<input style="width: 95%;" type="text"/>				
	氏名	<input style="width: 95%;" type="text"/>				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所	〒 <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 95%;" type="text"/>				
		<input type="checkbox"/> 郵送の場合、事務所封筒にて連絡してもよい。				
	生年月日	<input style="width: 40px;" type="text"/> 年	<input style="width: 40px;" type="text"/> 月	<input style="width: 40px;" type="text"/> 日生	(<input style="width: 40px;" type="text"/> 歳)	職業 <input style="width: 80px;" type="text"/>
	電話	<input type="checkbox"/> 法律事務所と名乗ってよい		FAX	<input style="width: 120px;" type="text"/>	
	携帯	<input style="width: 100px;" type="text"/>		e-mail	<input style="width: 120px;" type="text"/>	
連絡方法の希望	<input style="width: 95%;" type="text"/>					
相 手 方	ふりがな	<input style="width: 95%;" type="text"/>				
	氏名	<input style="width: 95%;" type="text"/>				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所	〒 <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 95%;" type="text"/>				
	電話・携帯	<input style="width: 100px;" type="text"/>		FAX	<input style="width: 120px;" type="text"/>	
相 談 内 容	<p>※事件の経緯や弁護士への質問等をご記入ください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 事故日 2 簡潔な事故状況の説明 3 加害者と被害者の氏名・年齢 4 人身事故か物損事故か 5 怪我をしている場合にはその内容(骨折, むちうち等) 6 通院状況(入院日数, 月の通院回数, 症状固定の有無等) 7 自分が加入している保険, 相手方が加入している保険 					
	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>					
<p>※当事務所をどのようにお知りになりましたか？</p> <input type="checkbox"/> ご紹介 <input type="checkbox"/> 事務所H <input type="checkbox"/> 弁護士ドットコム <input type="checkbox"/> 折込チラシ <input type="checkbox"/> 市役所封筒 <input type="checkbox"/> その他						