

# 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＞portal@nagoyasogo.jp ＜FAXの場合＞0564-72-5172

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）