

相 談 票 (企 業)

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					
会社名	ふりがな				代表者				
本社住所	〒								
	TEL	()			FAX	()			
	E-mail								
事業内容				創立年月日					
				年		月		日	
資本金			直近の売上			借入金			
約 万円			約 万円			約 万円			
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			
現住所	〒								
	TEL	()			FAX	()			
	携帯	()							
連絡方法	<input type="checkbox"/> 本社への郵便物の送付可能				<input type="checkbox"/> 第2連絡先へ郵便物・電話連絡希望				
	<input type="checkbox"/> 携帯電話のみ可能				<input type="checkbox"/> メールのみ可能				
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"/> 支社・支店 (名称：)								
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()								
<p>※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</p>									

ご相談内容（できるだけ詳しくご記入ください）