

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

相 談 票 (企業)

担当事務員：

弁護士：

ご来所日	平成 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）