

法律相談カード			
相談日	年 月 日		
フリガナ 氏名			
生年月日	大・昭・平 年 月 日 歳		
住所	〒		
電話番号		携帯電話	
メールアドレス			
電話連絡が取りやすい時間帯			
家族構成	フリガナ 配偶者氏名:	年齢	
	フリガナ 子ども氏名:	年齢	
家族が相談を知っている	はい・いいえ	家族への 伝言	可・不可
相手方について	氏名(フリガナ) 名称		電話番号
	住所 所在地	〒	
代理人 弁護士	氏名		電話番号
	事務所住所		
当事務所を どこで知り ましたか	<input type="checkbox"/> 紹介	※紹介者のお名前( )	
	<input type="checkbox"/> HP (パソコン・スマホ)	※検索キーワード ( )	
	<input type="checkbox"/> 広告	※広告名( )	
	<input type="checkbox"/> ニュースレター	<input type="checkbox"/> パンフレット	
	<input type="checkbox"/> その他	※具体的に( )	
当事務所に相談された理由を教えてください ※複数回答可	<input type="checkbox"/> 地元の法律事務所だから <input type="checkbox"/> HPが充実していたから <input type="checkbox"/> 解決実績が豊富だから <input type="checkbox"/> お客様の声が豊富 <input type="checkbox"/> 弁護士の印象 <input type="checkbox"/> 紹介者の推薦 <input type="checkbox"/> 費用が明確 <input type="checkbox"/> その他( )		

※私には暴力団などいわゆる反社会的勢力との関係はありません。

※事務所からニュースレターなどを送ってもらってもかまいません。



相手に対して、現在ほどのように対応されていますか？  
(時系列表にもご記載ください)

今回の問題を、どのように解決することを希望されますか

現在、不安に思っていることがあれば教えてください

その他、相談に際して聞きたいことなど自由にお書き下さい

## 時系列表

日時	出来事	どのように 対応したか	出来事を裏付ける証拠

※本相談票は港南アール法律事務所での法律相談用です。他の目的での使用、および転載はお断りいたします。