

ご相談 チェックシート

私たちはあなたの味方です。わかるところだけで結構ですので、ご記入をお願いいたします。

自分欄	名前	電話番号 (つながるご連絡先)
	〒	住所
(ご)対象(相手)欄	名前 (団体名 他)	電話番号
	〒	住所
	自分との ご関係	
困っている内容 ご相談したい項目に チェックを入れてく ださい(複数選択可)		
<input type="checkbox"/> 家族に関する事 (<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> その他の家族 <input type="checkbox"/> 相続・遺言) <input type="checkbox"/> 金銭に関する事 <input type="checkbox"/> 仕事・労働に関する事 <input type="checkbox"/> 土地・建物に関する事 <input type="checkbox"/> 医療に関する事 <input type="checkbox"/> 社会生活に関する事 <input type="checkbox"/> 人権に関する事 <input type="checkbox"/> 事件・事故に関する事 <input type="checkbox"/> 経営に関する事 <input type="checkbox"/> 政策・行政に関する事		
詳細		
自分の状況 <input type="checkbox"/> 当事者本人 <input type="checkbox"/> 当事者本人ではない <input type="checkbox"/> 法人、団体 (名称 : _____)		
詳細		
相手(ご相談の対象)の状況 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 団体 <input type="checkbox"/> 公共機関 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 相手が特定できない		
詳細		
今後の希望 <input type="checkbox"/> 弁護士への依頼を希望 <input type="checkbox"/> 自分での解決方法のアドバイスを希望 <input type="checkbox"/> わからない		
詳細		

*こちらのシートはご自由にプリントしてお使いください。
 *また、災害等でプリントができない場合は下記にご連絡ください。
 無償でお送りさせていただきます。協北印刷株式会社 (03-3967-0461)