

ご参加・ご相談FAX申込書

2014年8月3日(日)横浜市技能文化会館 (申込締切日は原則8月2日)

ご記入欄 (ご回答いただける範囲でご記入ください)

合計参加人数 人

(ふりがな)		(ふりがな)	
参加者名	(歳)	当事者氏名	(歳)
当事者との関係 (本人・父・母など)		当事者の 生年月日	T・S・H 年 月 日
住 所	〒 -		
E-Mail アドレス	@		
電 話 番 号	自宅	携帯	Fax

無料法律相談をご希望の方は以下にもご記入ください。

・法律相談を希望します

事故発生日時	年 月 日 午前・午後	時 分	ころ
事故発生場所			
事故の様子 (簡単に)			見取り図
相手方の氏名	(加害者)		
受傷の部位・程度			
後遺障害の程度 (等級あるいは死亡)	症 状 固定日	年 月 日	
相手方の任意 保険会社名	自賠償の被害 者請求の有無	請求あり ・ なし ・ 不明	
添付書類 (○印)	・ 交通事故証明書 ・ 診断書 ・ その他 ()		

FAX送信先はこちら



FAX:03-6661-1585

☎:03-6661-1575