

# ご参加・ご相談FAX申込書

■2015年3月8日(日)神奈川県支援集会 (申込締切日は原則3月7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) 参加者名	( ) 歳	(ふりがな) 当事者氏名	( ) 歳
当事者との関係		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 分ごろ
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**