

## 相談票（相続）

ご記入いただいた内容は、ご相談の事件に関する情報把握のため及び、お知らせ等を送らせていただくためのみに利用し、その他の目的に利用したり第三者に開示することはありません。

	ご来所日	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 弁護士への相談を家族には知られたくない				
お名前	ふりがな					生年月日		満年齢	性別	
						明・大 昭・平	年 月 日生	歳	男 女	
現住所	〒									
	携 帯	( )				E-mail				
ご記入いただきました住所・メールアドレスに、当事務所からお客様に事務所報・お知らせ・サービス情報をお送りしてよろしいですか。										<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
連絡方法	<input type="checkbox"/> 自宅への郵便物の送付可能 <input type="checkbox"/> 自宅への電話連絡可能 <input type="checkbox"/> 携帯電話のみ可能 <input type="checkbox"/> メールのみ可能 <input type="checkbox"/> すべて可能									
アンケート	当事務所を知ったきっかけ	①弁護士ドットコム    ②検索サイト    ③車内広告    ④その他( )								
	2と答えた方は検索キーワードをご記入ください。	・Yahoo! ・Google ・その他( )	[キーワードを記入してください]  (例:「弁護士 東京」,「法律事務所 不動産」等)						②～④と答えた方は「弁護士ドットコム」で弊所の弁護士紹介をご覧になりましたか。 ( はい・いいえ )	
相談内容	<input type="checkbox"/> 相続人・相続財産調査・相続関係図作成 <input type="checkbox"/> 相続放棄に関する相談 <input type="checkbox"/> 遺産分割協議書に関する相談 <input type="checkbox"/> 遺留分に関する相談 <input type="checkbox"/> 遺産分割協議に関する相談 <input type="checkbox"/> 相続登記に関する相談 <input type="checkbox"/> 相続税の申告・納付に関する相談 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
	できるだけ詳しく具体的にご記入下さい。									
被相続人(ご逝去について)	ふりがな					生年月日 - 死亡年月日		享年	性別	
	氏名					明・大・昭・平	年 月 日生	(歳)	男	
						昭・平	年 月 日死亡		女	
	本籍					遺言の 有 ・ 無 ・ 不明				
	最後の住所					保管者 ( )				
	生前の職業					主にお世話されていた方 ( )				
認知症などの有無    判断能力あり    ・ 認知症あり (軽度 ・ 中程度 ・ 重度 ) ・ 不明										
<input type="checkbox"/> 他の事務所又は司法書士に相談したことがある。										<input type="checkbox"/> 当事務所に委任するときの見積りを希望する。
ご依頼について	<input type="checkbox"/> 弁護士のアドバイスをふまえて自分で解決したい (正式な依頼は考えていない) 。									
	<input type="checkbox"/> 弁護士のアドバイス, 方針, 費用などが折りがえれば弁護士へ正式な依頼を考えている。									
	<input type="checkbox"/> 弁護士に依頼したい。									

2 ページ目及び 3 ページ目もご記入ください。