



交通事故の後遺障害問題 ご相談予約申込書

みお綜合法律事務所 宛

の箇所には、該当するボックスに (チェック) を入れてください。

○ 後遺障害

<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 遷延性意識障害	<input type="checkbox"/> 脊髄損傷	該当する後遺障害にチェックを入れてください。
----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	------------------------

○ 連絡先

ふりがな お名前 必須	-----	性別 必須	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年齢 必須	歳
ご職業		年収		円	
住所 必須	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
電話番号 必須	-	-	市街局番よりご記入ください。(携帯番号可)		
メールアドレス 必須	携帯アドレス可 (メールアドレスをお持ちでない方はご記入頂かなくても結構です。)				
希望連絡方法 必須	<input type="checkbox"/> メール	<input type="checkbox"/> TEL	どちらかにチェックを入れてください。		
希望時間帯	<input type="checkbox"/> 午前中	<input type="checkbox"/> 13時~18時	18時~9時はメール対応のみとなります。		

○ 事故態様

事故発生日 必須	年	月	日	例：2011年10月1日
事故発生場所 必須				
事故態様 必須	下記の該当する項目1つにチェックを入れてください。 [1] <input type="checkbox"/> 歩行者と自動車の事故 <input type="checkbox"/> 四輪車同士の事故(単車同士も含む) <input type="checkbox"/> 原付を含む単車と四輪車の事故 <input type="checkbox"/> 自動車と自動車の事故 <input type="checkbox"/> 高速道路上の事故 ----- 下記の該当する項目1つにチェックを入れてください。 [2] <input type="checkbox"/> 左折と直進の事故 <input type="checkbox"/> 右折と直進の事故 <input type="checkbox"/> 直進と直進の事故 <input type="checkbox"/> 追突事故 <input type="checkbox"/> 正面衝突事故 <input type="checkbox"/> その他			

○ 受傷内容

受傷名(診断名) 必須		
後遺障害の有無 必須	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
後遺障害の等級	級	

○ その他

その他何かございましたら、ご記入ください。

ご相談・ご予約は、当事務所にご来所いただける方に限らせていただきます。当事務所では「電話相談」を行っておりません。予めご了承ください。

- ① 上記のすべての必要事項をご記入のうえ、当事務所までFAX送信または郵送してください。
- ② 交通事故相談の方針の決定や受任にあたっては、直接面談でお話を伺ったうえで、総合的に判断する必要があります。そのため、メールでのやり取り、電話相談はお断りしています。
- ③ ご予約についてのご連絡の確認後、1週間以内に当事務所からご連絡さしあげます。なお、場合によっては、ご相談をお受けできないこともあります。予めご了承ください。
- ④ 後遺障害等級1~5級の方で、当事務所までご来所いただけない方は、弁護士による「出張訪問相談(全国対応)」をご利用ください。

弁護士法人 みお綜合法律事務所

〒530-8501
大阪市北区梅田3丁目1番3号 ノースゲートビル オフィスタワー14階
TEL：06-6348-3055

FAX：06-6348-3056