

相談シート（一般民事）

（ご希望の相談方法）

相談日	令和 年 月 日	相談時間	:	~	:
ご希望の方針	<input type="checkbox"/> 必要最低限の時間で相談を聞いてほしい <input type="checkbox"/> 時間や相談料が増えても、丁寧に話を聞いてほしい				
相談時間のご希望	<input type="checkbox"/> ~30分 <input type="checkbox"/> ~1時間 <input type="checkbox"/> ~1時間30分 <input type="checkbox"/> ~2時間 <input type="checkbox"/> 2時間以上				

（相談者）

お名前	フリガナ				
生年月日	年 月 日（ 歳）				
ご住所	〒 -				
電話番号	自宅		勤務先		
	携帯				
メールアドレス	@				
代理人の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（弁護士名： 事務所名： ）				

（相談内容）

相手方の氏名等					
代理人の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（弁護士名： 事務所名： ）				
特に相談したい内容					
現在に至るまでの経緯を 時系列で記入					

（今後について）

今後の方針	<input type="checkbox"/> 依頼希望 <input type="checkbox"/> 見積り希望 <input type="checkbox"/> 相談後に検討 <input type="checkbox"/> 相談のみ <input type="checkbox"/> その他（ ）				
備考					