

相談票

※ご相談をスムーズにお受けするためにご記入をお願いいたします。

| | | | |
|-----|--------|---|---|
| 1 | ご相談者 | ふりがな | |
| | | お名前 | () 歳 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |
| | | ご住所 | |
| | | お電話番号 | <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 |
| | | メールアドレス | |
| | | ご連絡希望手段 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 電話 | |
| 2 | 被相続人 | ふりがな | |
| | | お名前 | () 歳 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |
| | | ご職業 | <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | | 逝去された日 | |
| 3 | ご相談の概要 | <input type="checkbox"/> 遺産分割が進まない <input type="checkbox"/> 協議の仲介をして欲しい <input type="checkbox"/> 適正な分割方法を知りたい <input type="checkbox"/> 遺留分請求に対する対応 <input type="checkbox"/> その他 | |
| 4 | 争点 | 協議中又は争いになりそうな事項をご選択下さい。 <input type="checkbox"/> 分割方法 <input type="checkbox"/> 手続への協力 <input type="checkbox"/> 遺留分 <input type="checkbox"/> 特別受益 <input type="checkbox"/> 寄与分 <input type="checkbox"/> その他 | |
| 5 | 相続人 | お名前 | () 歳 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | | ご住所 | |
| | | お名前 | () 歳 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | | ご住所 | |
| | | お名前 | () 歳 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| ご住所 | | | |
| 6 | 財産の状況 | 預貯金 | 総額 万円 |
| | | 不動産 | 総額 万円 |
| | | 株式等 | 総額 万円 |
| | | 負債 | 総額 万円 |
| | | その他 | 総額 万円) |
| 7 | その他 | ご相談したいことがございましたら、ご自由にご記入下さい。 | |