

日付	No

相談票

ご注意

必ずお電話にて面談日をご予約の上、相談票をFAXにてお送りください。

ふりがな					
氏名					
生年月日	年	月	日 満 歳	性別	男・女
現住所	〒				
TEL		携帯電話			
FAX		E-mail			
勤務先					
勤務先TEL		勤務先FAX			
ご相談内容					

送信先FAX

045-651-4639

横浜北仲通り法律事務所

〒231-0005

横浜市中区本町2丁目22番地 京阪横浜ビル4階

TEL : 045-651-4640 (平日9:30~17:00)

FAX : 045-651-4639