

FAX 番号 : 03-6834-0045

1. あなたのこと

フリガナ		生年 月日	年 月 日
氏名			
電話番号		性別	男性 / 女性
メールアドレス	@		
住所	〒		

2. 交通事故の概要

事故日 (平成 年 月 日)

事故の場所

当事者 (被害者 )  
(被害者のご職業 )  
(被害者と相談者との関係 )  
(加害者 )

事故の状況

傷病名 ( )  
治療中、特に苦勞した点、また治療終了後の後遺症の状態

加害者は任意保険に加入していますか。 はい / いいえ  
その保険会社名 ( )

3. あなたの希望等

どのような解決を希望していますか。

希望する、解決へ向けての方法 (話し合い[示談交渉] / 調停・訴訟等の裁判手続き)  
その他