

高齢者・障がい者の消費者被害についての電話相談申込書

連絡先 東京弁護士会、第一東京弁護士会、第二東京弁護士会
 〒100-0013 東京都千代田区霞が関 1-1-3 弁護士会館
 F A X 03-4496-5048

年 月 日

連絡者	機関名/事業所名 連絡者氏名 被害者との関係 () 電 話 () F A X ()
被害者	住 所 区のみ記載してください 年 齢 歳代 男・女
被害者 ご本人の 意向確認	被害者ご本人は本相談への申込みを了解していますか。 (はい・いいえ) *被害者ご本人のご了解がなくとも申し込みは可能です。
<p>以下について、お分かりの内容があればご記入下さい。</p> <p>1 何の契約のトラブルですか。 品名 (契約) 件名 ()</p> <p>2 契約日はいつですか。 (年 月 日 ・ 不 明)</p> <p>3 契約の相手の会社名は。 ()</p> <p>4 被害に遭った金額は。 ()</p> <p>5 契約の経緯は。 (訪問されて・電話勧誘・路上で・通信販売・ その他)</p> <p>6 契約書等関係書類は。 (ある・ない) 書類名 契約書・領収書・見積書・納品書・その他 ()</p> <p>7 その他 (弁護士に伝えておきたい事項など)</p>	

*申込後2～3日を目途に、担当弁護士より、上記連絡先にお電話させていただきます。