

# 福祉従事者等からの消費者被害相談申込書

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 電 話 ( ) F A X ( )	被害者との関係 ( )
被害者	住 所 年齢 歳代 男・女	区のみ記載してください
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) <u>*被害者ご本人のご了解がなくとも申し込みは可能です。</u>	
以下について、お分かりの内容があればご記入下さい。		
1 何の契約のトラブルですか。 品名 (契約) 件名 ( )		
2 契約日はいつですか。 ( 年 月 日 ・ 不 明)		
3 契約の相手の会社名は。 ( )		
4 被害に遭った金額は。 ( )		
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 )		
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 ( )		
7 その他特記事項		

\* 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。