

相続関係相談カード

受付 No. _____

相談日	平成 年 月 日	行政書士		担当事務局	
相談者	カナ				
	氏名				
	男・女	明・大・昭・平	年 月 日生	(歳)	
住所 (住民票)	〒			自宅Tel	
				FAX	
				携帯Tel	
居所 (連絡先)	〒	方		連絡先Tel	
	※連絡時注意事項 無・手紙禁止・行政書士ほか肩書き表示禁止・その他				<input type="checkbox"/> E-mail へのご連絡可
	E-mail				
本籍地					
被相続人	氏名	※被相続人が相談者 本人以外の場合左記 にご記入ください	カナ	ご存命 年 月 日没	
	住所				
	遺言	無・不明・有 (公正証書・自筆)			

相談事項

- 遺言の作成変更 相続対策 自分の相続分 預金の払い戻し
 遺言への不満 遺留分請求をしたい・された 借金相続への不安
 現在の手続きへの不満 (交渉中・調停中 相談者の弁護士・ _____ 相手の弁護士・ _____)
 遺産分割交渉・調停を依頼したい

内容を下記にご記入ください

処 理	<input type="checkbox"/> 相談終了 <input type="checkbox"/> 相談継続 <input type="checkbox"/> 交渉 <input type="checkbox"/> 裁判 <input type="checkbox"/> 送らない
-----	---