

登記ご相談用紙

ご記入日		平成 年 月 日	
ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
お名前※	(男・女)	ご職業	
ご住所	〒 -	電話番号※	- -
		FAX番号	- -
メールアドレス		携帯電話	- -

※メールアドレスとFAX番号は、お分かりになる場合にご記入ください。

※はご記入必須項目です。

ご希望のご相談日			
第1希望	月 日	午前： 時頃	午後： 時頃
第2希望	月 日	午前： 時頃	午後： 時頃
第3希望	月 日	午前： 時頃	午後： 時頃
その他	特に指定なし		

※ご希望のご相談日がまだない方は、「特に指定なし」に丸をご記入ください。

ご質問事項（該当するものに丸をご記入ください。）	
①当事務所を何で知りましたか？	
<input type="checkbox"/> インターネット（検索サイト名： ） <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
②今回のご相談内容は？	
<input type="checkbox"/> 相続登記 <input type="checkbox"/> 抵当権抹消登記 <input type="checkbox"/> 財産分与 <input type="checkbox"/> 会社登記 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
ご相談の内容を簡単にご記入ください。	
③こちらからご連絡させていただくご連絡先、ご都合のよろしい時間帯はいつ頃でしょうか？	
ご連絡先	<input type="checkbox"/> お電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> Eメール
時間帯	<input type="checkbox"/> 日中であれば可 <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 時間帯ご指定（ 時～ 時頃）
その他ご記入欄	

必要事項をご記入の上、046-854-4718(横須賀事務所)または045-548-4589(横浜事務所)へ送信してください。内容を確認後、あらためてご連絡させていただきます。