

相談票(債務整理)

ふりがな			生年月日	
お名前			<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦	年 月 日
ご住所	〒			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
可能な連絡先(可能な連絡先全部に☑して下さい)				
<input type="checkbox"/> 電話			<input type="checkbox"/> FAX	
<input type="checkbox"/> Email			<input type="checkbox"/> 郵送先は <input type="checkbox"/> 上記住所 <input type="checkbox"/> 上記以外(具体的には下記)	
宛先となる人の氏名(〒) 相談者との関係()				
電話	FAX	Email		

ご希望の手続き					
(今のところ考えているもの全部に○をつけて下さい。今回特に相談したい手続がある場合は、◎をつけて下さい。)					
1. 任意整理	4. 過払金返還請求				
2. 自己破産	5. 取引履歴開示				
3. 民事再生	6. その他()				
債権者(できるだけ取引の古い業者からご記入ください。)					
番号	債権者名	取引期間	取引額	現在の残高	資料
1		自 至			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2		自 至			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3		自 至			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4		自 至			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
5		自 至			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
6		自 至			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

6社を超える場合は、別紙として債権者のリストを添付してください。