

相談票(相続)

記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日	性別
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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
ご住所	〒	被相続人との関係()	
電話	FAX		
Email	()		

ご相談の種類	
<input type="checkbox"/> 遺言を作りたい	<input type="checkbox"/> 遺産分割 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 贈与をしたい	<input type="checkbox"/> 遺留分減殺請求 <input type="checkbox"/> わからない(どうしたらいいのかも相談したい)

被相続人となる方のお名前・住所・生年月日等(わかる範囲でかまいません)	
お名前	M・T・S・H 年 月 日生まれ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
本籍	
住所	〒

相続人となる方のお名前・住所・生年月日等(わかる範囲でかまいません)			
お名前	ご住所・電話	生年月日	被相続人との続柄
	〒 ☎	M・T S・H . .	
	〒 ☎	M・T S・H . .	
	〒 ☎	M・T S・H . .	
	〒 ☎	M・T S・H . .	
	〒 ☎	M・T S・H . .	

相続関係図(わかる範囲でかまいません)

ご相談の概要

ご記入ありがとうございました。