派遣法律相談申込書

（入院中ないし自宅療養中で外出が困難な方）

申込年月日：　　　　年　　月　　日

□ 私（支援機関）は、下記２．相談者からの要請を受け、弁護士の派遣相談を申し込みます。

□ 私（相談者）は、支援機関を通さず、直接弁護士の派遣相談を申し込みます。

※申込に際し、どちらかにチェックを入れて下さい。

１．支援機関

|  |  |
| --- | --- |
| 支援機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 担当者 |  |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |

２．相談者

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　名 |  |
| 自宅 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　（　　　　）　　　　 |
| 現在居る所 | 自宅　・　病院　・　その他　（該当するところに○を付けて下さい） |
| 現在居る所の住所及び名称（自宅以外の場合） | 〒　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　（　　　　）　　　　施設名称： |
| 性別 | 　　　男　・　女 | 年齢 | 　　　　　　　　　才 |

**＊派遣に関する基本資料になりますので以下は必ずご記入下さい**

**[相談者自身が弁護士会での法律相談を受けられない理由]**

**[相談者の代理人（ご家族等）が弁護士会での法律相談を受けられない理由]**

**[支援機関からのお申込みができない理由]**

支援機関を通さずお申込みする方のみお書き下さい。

**[相談の内容]**

相談したい事案についての事実の経過及び弁護士に聞きたい内容をお書き下さい。

※用紙が足りなければ別の用紙に記入してくださってもかまいません。

**[その他事前に伝えておきたいこと]**

当会から連絡を取る際に留意することなどありましたら、お書き下さい。

**[確認事項]**必ずご確認下さい。

□支援機関経由のお申込の場合、支援機関の担当者に相談時の立会いをお願いします。

□派遣法律相談は無料ではありません。相談に先立ち、相談担当弁護士に現金書留によりお支払いいただくことになります。

□派遣法律相談制度はお申込１回に限らせて頂いております。相談を担当した弁護士が不受任との判断をした場合、同弁護士に対し相談の継続を求めること、及び別の弁護士の派遣を求めることはいたしかねますので、予めご了承下さい。

□ご提出いただいた書面に不明な点があった場合、当会より支援機関、相談者自身、及び相談者が現在居る施設に直接照会を行い、回答を受ける場合があることを予めご了承下さい。

□本申込書に虚偽の内容が記載されていることが判明した場合等には弁護士を派遣しない、受任した弁護士が直ちに辞任する等の処置をとる場合がありますので、予めご承知おき下さい。

この申込書は、派遣法律相談の受付及び受任状況の検索、統計、報告等に使用されます。また、担当弁護士の事件処理のために写しを交付することがあります。

個人情報取扱事業者　　神奈川県弁護士会

【弁護士会記入欄】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 受付番号 | 派遣の可否 | 決定日 | 派遣弁護士名 | 配点日 |
|  |  | 可　・　否 |  |  |  |

相談-281　　2016/4/1改訂