

不動産相談票

平成 年 月 日

担当事務員:

弁護士:

フリガナ				生年月日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
お名前				年 月 日生 (歳)	
現住所	〒				
連絡先	(TEL) (携帯)	(FAX)	(メールアドレス)		
経営されている事業	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	経営形態	<input type="checkbox"/> 個人事業主 <input type="checkbox"/> 会社等法人	商号 屋号	
その他の連絡先	氏名 あなたとの関係 (TEL)				
ご希望の連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> ()				

ご相談される不動産について	土地	(所在地)
		(所有者)
	建物	(所在地)
		(所有者)
ご相談の種類	<input type="checkbox"/> 売買・賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 賃料回収・明渡し <input type="checkbox"/> 有効活用・相続 <input type="checkbox"/> 税金 <input type="checkbox"/> 登記 <input type="checkbox"/> その他 ()	

具体的なご相談内容

可能であればご相談時にお持ちください

- ・固定資産評価証明書
- ・権利証
- ・不動産登記事項証明書