

不動産相談票

令和 年 月 日

担当事務員:

弁護士:

フリガナ		生年月日		<input type="checkbox"/> 男
お名前		年 月 日生 (歳)		<input type="checkbox"/> 女
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