

法律相談結果票

担当弁護士氏名	
相談者氏名	
相談日時	令和 年 月 日 時 分～ 時 分
措置区分	<input type="checkbox"/> 相談のみで終了 <input type="checkbox"/> 相談継続 <input type="checkbox"/> 受任する <input type="checkbox"/> その他（ ）
受任する場合の手続方針 (いずれか1つ)	<input type="checkbox"/> 自己破産 <input type="checkbox"/> 任意整理 <input type="checkbox"/> 民事再生 <input type="checkbox"/> その他（ ）
自立相談支援機関への連絡事項	
※該当がある場合は御記入ください。	

※この法律相談結果票の内容は、集約の上、自立相談支援機関に情報提供いたします。