

相談票（不動産）

記入日： 年 月 日

1. ご相談者様について

フリガナ		生年月日	性別
お名前		年 月 日（ 歳）	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
ご住所	〒		
本籍			
ご連絡先	(TEL) (携 帯)	(FAX) (メールアドレス)	
連絡先 のご希望	<input type="checkbox"/> いずれでも <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

2. 相手方について

フリガナ		生年月日	性別
お名前		年 月 日（ 歳）	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
住所	〒		
連絡先	(TEL)	(携 帯)	

3. 事件の概要

対象不動産	<input type="checkbox"/> 土地・ <input type="checkbox"/> 建物・ <input type="checkbox"/> マンション 住所： 所有者： 占有者： 占有態様： <input type="checkbox"/> 建物占有・ <input type="checkbox"/> 土地占有・ <input type="checkbox"/> 建物所有土地占有・ <input type="checkbox"/> その他（ ） 占有権原： <input type="checkbox"/> 賃貸借契約・ <input type="checkbox"/> 使用貸借契約・ <input type="checkbox"/> 転貸借・ <input type="checkbox"/> 地上権・ <input type="checkbox"/> 不法占有・ <input type="checkbox"/> その他（ ）
事実関係	※事実関係は、できるだけ具体的に（日時、場所、関係者の氏名等も）ご記載いただきますようお願い致します。
ご相談内容	