

※お願い※ 当FAXを受け取られて心当たりがない場合、お手数ですが下記の電話番号にご連絡下さい。
 交通事故鑑定Raptor TEL 050-5809-7020

相談者様のご住所		事故発生日時		
		・西暦	年 月 日	
		・平成		
お名前		ご連絡先		
		TEL:		
		FAX:		
e-mail:		当事者の情報		
事故現場の住所		相談者	相手方	
		車種		
付近		受傷		
事故時の天候	路面状況	衝突形態	弁護士の有無	訴訟の状態

証拠の有無		弁護士の名前	
現物	<input type="checkbox"/> 相談者側の車両等の現物		
	<input type="checkbox"/> 相手方の車両等の現物		
	<input type="checkbox"/> 事故時に散乱していた部品等の現物		
	<input type="checkbox"/> 事故時に身に付けていた物（財布、靴、時計等）		
	<input type="checkbox"/> 事故時に身に付けていた衣服や下着		
	<input type="checkbox"/> 事故当時のレシート等の小物類		
その他（ ）		事務所の名前	
写真	<input type="checkbox"/> 実況見分調書の写真（再撮影）	枚	
	<input type="checkbox"/> 死体検案書の写真（再撮影）	枚	
	<input type="checkbox"/> 解剖所見の写真（再撮影）	枚	
	<input type="checkbox"/> 相談者が撮影した現場の写真	枚	
	<input type="checkbox"/> 相談者が撮影した相談者側の車両の写真	枚	
	<input type="checkbox"/> 相談者が撮影した相手方の車両の写真	枚	
	<input type="checkbox"/> 保険会社が撮影した相談者側の車両の写真	枚	
	<input type="checkbox"/> 保険会社が撮影した相手方の車両の写真	枚	
他		枚	
資料の有無		事務所の所在地	
<input type="checkbox"/> 実況見分調書			
<input type="checkbox"/> 修理明細書			
他（ ）			
（ ）		通	

相談したい内容や鑑定して欲しい項目を具体的に書いてください。
