

無料法律相談申込書

公立学校共済組合大阪支部長 様

所属所名 (※ ¹)	
組合員証番号 ※健康保険証の右上に記載 (10桁の英数字)	
氏名	
法律相談決定 通知書送付先	 □□□□-□□□□ ----- いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 自宅住所 <input type="checkbox"/> 勤務先住所 <input type="checkbox"/> その他 ()
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 電話番号 () - <input type="checkbox"/> 携帯
相談希望日・時間	月 日 時 分
相談場所	池田綜合法律事務所
申込年月日	年 月 日

※¹ 任意継続組合員の方は、所属所名に「任意継続組合員」とご記入ください。

※ 申込書に記載された個人情報は事業実施の目的に限定し、それ以外の目的には使用しません。

※ 申込書の提出はFAX可 (FAX: 06-6941-3672)

申込書は、相談希望日の1週間前までには当支部に必着するようお送りください。