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 ☑ してください。 □自宅住所　□勤務先住所　□その他（　　）
緊急連絡先	□自宅 □勤務先　　電話番号（　　）　　－ □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 10 日前までには当支部に必着するようお送りください。