

# 福岡県弁護士会 行政との連携メニューお申込書

## 福岡県弁護士会 行政連携窓口 行

**FAX送信先：092-715-3207**

太線の枠内にご記入ください。

ご相談・ご依頼の概要につきましては、適宜、別紙を追加していただいてもかまいません。

本申込書は福岡県弁護士会にて保管いたします。

当社が行う弁護士紹介の業務、管理運営のため、必要な範囲で個人に関する情報を記載していただきます。

上記目的以外には、個人情報を利用しません。

申込日	年 月 日		受付番号	
自治体等 (申込者)	住所	〒		
	フリガナ		フリガナ	
	組織名称		代表者氏名	
	担当部署			
	フリガナ		電話 ( )	—
	担当者 氏名		FAX ( )	—
			e-mail	
ご相談内容	本紙よりメニュー番号をお選びください。ご不明の場合は記入されなくてもかまいません。ご相談・ご依頼の概要を踏まえ当会の担当より、お申込者の担当者様宛にご連絡させていただきます。			
	メニュー番号 ( )			
	ご相談・ご依頼の概要 (できるだけ具体的にご記入ください。なお、必ずしもご希望に添うことができない場合もありますことを予めご了承ください。)			