**遺言能力鑑定仮申込書（生前鑑定）**

法務メディカルセンター　御中

貴社の利用規約及びプライバシーポリシーの内容に同意した上で、以下のとおり遺言能力鑑定の申し込みをいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| １、申込日 | 　　　　年　　月　　日 |
| ２、申込者様 | 住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事務所名・会社名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ふりがな　　　　　　　　　　　　担当者名　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL 　FAX E-mail　  |
| ３、ご本人様情報 | ふりがな　　　　　　　　　　　様氏名　　　　　　　　　　　　様性別　[ ] 男　[ ] 女生年月日　　　年　　月　　日　　歳 |
| ４、手続の状況 | [ ] 　遺言書・契約書作成準備中[ ] 　遺言書・契約書作成済み[ ] 　その他（　　　　　　　　　） |
| ５、遺言・契約書の内容 | （現時点で想定している遺言書・契約書の内容、財産を譲り受ける予定の相続人の数等を簡潔にご記載ください） |
| ６、鑑定資料 | （お手元にある鑑定資料をご記載ください）[ ] 　遺言の対象となる財産の一覧・予定している分配方法が分かる資料（作成準備中の場合）[ ] 　遺言書・契約書（作成済みの場合）[ ] 　診療録・看護記録・診断書等（合計　　　頁）[ ] 　介護認定主治医意見書・認定調査票（合計　　　頁）[ ] 　介護記録・訪問看護記録等（合計　　　頁）[ ] 　頭部の医療検査画像（分かる場合は回数もご記載ください）CT　　　回　　MRI　　　回　　その他（　　　）　　　回[ ] 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）* 別途、ご本人様と医師との面談が必要になりますのでご了承ください（回数：1～2回、面談時間：1回2時間程度）。
* 上記資料で不足の場合、別途、会話の様子を撮影した動画の作成が必要になる場合がございます（回数：最大4回、撮影時間：1回15分程度）。
* 必要な回数は他資料の量と質により異なりますため、詳細は資料拝見後のご相談となります。
 |
| ７、ご希望等 | （納期等のご希望、ご質等がございましたらご記載ください） |
| ８、弊社を何でお知りになりましたか？ | ホームページ　（[ ] Web広告で見た　[ ] Webで『医療鑑定』など検索した）[ ]  FAX　 [ ] 埼玉弁護士協同組合チラシ　[ ]  Facebook　[ ] 知人弁護士からの紹介　[ ] 依頼人からの紹介　[ ] その他（　　　　　） |