**遺言能力鑑定仮申込書（事後鑑定）**

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　死亡日　　　年　　月　　日　（享年）　　歳 |
| ４、手続きの状況 | [ ] 　訴訟提起準備中[ ] 　訴訟、税務調査等の法的手続開始中[ ] 　その他（　　　　　　　　　） |
| ５、鑑定事項 | （鑑定を依頼したい事項、その理由をご記載ください） |
| ６、鑑定資料 | （お手元にある鑑定資料をご記載ください）[ ] 　鑑定対象の遺言書・契約書（合計　　　頁）[ ] 　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[ ] 　当事者の主張が分かる書面（合計　　　頁）[ ] 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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）[ ] 　次回期日予定日が　　　年　　月　　日であるため、　　年　　月　　日までの納品を希望する[ ] 　弊社による検査画像、診療録等の資料の整理を希望する（別途事務手数料が発生します） |
| 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（　　　　　） |