**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（　　　　　） |