**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（　　　　　） |