交通事故無料相談カルテ

大阪交通事故被害者救済センター

面談 NO.

受付	申込者氏名	被害者との関係
	住所：〒	
	電話/FAX：	メール：
	相談日：平成　年　月　日　時ー　時	相談場所：大阪 NPO プラザ

ご相談の事故のことについてお伺いします。

事故当事者（被害者）	氏名：	年　月　日生（　才）
	住所：〒	
	職業：	
	任意保険会社：	歩行者・自転車・原付・軽四・普通車・同乗者・その他（　）
事故相手方（加害者）	氏名	（　才）
	住所：〒	
	自賠責保険会社名：	証明書番号：
	任意保険会社：	自転車・原付・軽四・普通車・大型・その他（　）
交通事故日	平成　年　月　日（午前・午後　時　分頃）	
事故発生場所		
書類状況	□交通事故証明書　□診断書　□その他	

事故状況

傷病名	病院名	通院	入院	備考
		日間	日間	
		日間	日間	
		日間	日間	
症状固定日	平成　年　月　日(固定時　才)			後遺障害等級　級　号

相談内容

今後のプランニング

連絡先：NPO 法人大阪交通事故被害者救済センター 090-9880-7393　osaka@jikonpo.net　http://jikonpo.net/osaka/