

送信先 FAX 番号 : 052-253-6869

全国 B 型肝炎訴訟名古屋弁護士団 資料請求書

※以下の項目に分かる範囲で記載をしていただき、上記送信先 FAX 番号宛てに送信して下さい。※

- 1 患者さんの氏名 _____
患者さんの生年月日 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
資料請求者の氏名 : 本人
 本人以外
氏名 _____
患者さんとの関係 _____
- 2 連絡先電話番号
固定電話 _____ 携帯電話 _____
電話する際、弁護士名を名乗ることの可否 : 可 不可
- 3 資料送付先
(1) 郵便番号 _____
(2) 住所 _____

(3) 資料送付時の宛名 (特に指定がなければ、資料請求者名でお送りします。)

- 4 B型肝炎訴訟名古屋弁護士団の名前入りの封筒にて資料を送付することの可否
: 可 不可 (法律事務所の名前入りの封筒は可) 不可
- 5 患者さんの父母、兄弟のうち、存命の方にチェックをして下さい。
 父 母 兄・姉
- 6 患者さんの現在の病態にチェックをして下さい。
 無症候性キャリア 慢性肝炎 肝硬変 肝がん 死亡 不明
その病態になった時期を記載して下さい。 昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ ころ