**鑑　定　連　絡　票**

**（診断書と共にご提出ください）**

**（　　　　　　　）さんに対する鑑定の引き受けが可能である旨連絡します。**

**１　医師（主治医）の：**

**希望連絡先**

**□　診断書記載のとおり**

**□　次のとおり**

**電話番号：　　　　－　　　　　－　　　　　 （自宅・勤務先）**

**住所又は所在地：**

**２　担当診療科名**

**□　精神科　　　□　脳神経外科　　　□　内科　　　□　外科**

**□　その他（ ）**

**３　鑑定料（必要額）**

**（※　鑑定料は消費税を含めた金額であり，要するに「振込金額の総額」となります。）**

**□　５万円 □　その他（　　　　　 　 万円）**

**□　未　定（後日，裁判所から連絡・相談してほしい）**

**４　鑑定の依頼方法**

**□　直接，主治医に連絡して依頼する。**

**□　病院等の事務局に連絡（担当者：　　　　　 　　）して依頼する。**

**□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**