

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) の氏名：^{フリガナ} _____

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 (_____)