

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（ _____ ）