

鑑 定 連 絡 票

(診断書とともに御提出ください)

() さんに対する鑑定の引受けが可能である旨連絡します。

1 医師の氏名 : _____

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)

(※ 鑑定料は消費税や検査料を含めた金額であり、「振込金額の総額」となります。

なお、診断書作成料は、鑑定料とは異なりますので、通常どおり、作成依頼者へ御請求ください。)

3万円 5万円 その他 (_____ 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、先生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 (_____)

5 連絡可能曜日等

曜日	A M	時	分頃
	P M	時	分頃