**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　　　ＡＭ　　　　　時　　　　　　分頃

　　　　　　　　　　　　　　　ＰＭ　　　　　時　　　　　　分頃