

# 事件聞き取り票

下記事項を聞き取り、FAXで弁護団に相談を申し込んでください。

埼玉投資被害対策弁護団事務局  
埼玉中央法律事務所

FAX 048-643-5793

消費生活センター等記載欄

受付場所	<input type="checkbox"/> 消費生活センター（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
受付日	年 月 日	受付担当者	
被害者	フリガナ氏名： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 （ 歳）		
相談者	<input type="checkbox"/> 被害者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外（フリガナ氏名： 本人との関係： ）		
	※家族が代わりに連絡してきた場合は、後見人がついているかの確認 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
住所	〒		
電話番号			
連絡時注意事項	①同居の親族 <input type="checkbox"/> 有（同居人： ） <input type="checkbox"/> 無 ②同居の親族は取引していることを知っているか <input type="checkbox"/> 知らない <input type="checkbox"/> 知っている ③同居の親族が知らない場合、希望する連絡方法（ ）		
取引の種類	<input type="checkbox"/> 国内公設先物取引 <input type="checkbox"/> 未公開株詐欺 <input type="checkbox"/> 社債詐欺 <input type="checkbox"/> 投資事業組合・ファンド <input type="checkbox"/> その他詐欺的出資商法 <input type="checkbox"/> 証券取引 <input type="checkbox"/> 投資信託 <input type="checkbox"/> 仕組み債等金融商品 <input type="checkbox"/> 情報商材 <input type="checkbox"/> ロマンス詐欺 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
①業者名		取引の状態 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 継続中	取引時期 年 月 日頃より 年 月 日頃まで
投資金額	① 年 月 日 金 円 ② 年 月 日 金 円 ③ 年 月 日 金 円	<input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 手渡 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 手渡 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 手渡	業者との連絡 <input type="checkbox"/> とれる <input type="checkbox"/> とれない 最後の連絡日 年 月 日
②業者名		取引の状態 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 継続中	取引時期 年 月 日頃より 年 月 日頃まで
投資金額	① 年 月 日 金 円 ② 年 月 日 金 円 ③ 年 月 日 金 円	<input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 手渡 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 手渡 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 手渡	業者との連絡 <input type="checkbox"/> とれる <input type="checkbox"/> とれない 最後の連絡日 年 月 日
③業者名		取引の状態 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 継続中	取引時期 年 月 日頃より 年 月 日頃まで
投資金額	① 年 月 日 金 円 ② 年 月 日 金 円 ③ 年 月 日 金 円	<input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 手渡 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 手渡 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 手渡	業者との連絡 <input type="checkbox"/> とれる <input type="checkbox"/> とれない 最後の連絡日 年 月 日
被害金額合計	円		
どのような勧誘があったかなど			

弁護団使用欄

配転先		配転日	年 月 日
-----	--	-----	-------