大阪労働者弁護団　宛（FAX　０６－６３６４－８６２１）

年　　月　　日

過労死等法律相談依頼書

１．どなたに関するご相談ですか？

□ 本人　　□ 家族　　□ その他（　　）

２．被害が発生してのご相談ですか？　事前のご相談ですか？

□ 被害が発生している　　□ 事前の相談

３．どのような問題についてのご相談ですか？（複数回答可）

□ 死亡　　□ 体を壊す　　□ 精神の変調

□ 長時間労働　　□ 解雇・解約

□ その他（　　）

４．被害が発生したのはいつ頃ですか？

□ 未発生　　□ ３か月以内　　□ １年以内

□ ２年以内　　□ ２年超　　□ その他・わからない

５．ご相談の概要や、ご希望の連絡時間帯などがあればご記入ください。

お名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　お電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご住所（任意）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

メールアドレス（任意）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿