交通事故・被害者家族ネットワーク 宛　　日付　　年　　月　　日

⇒ Fax:03-6661-1575

お問合せ FAX 用紙

■ご連絡先

機関名：　　（　　都道府県　　市町村）	
所属・役職：	ご担当者氏名：
お電話	内線・直通

■事故基本情報 （当事者が特定できなくてもかまいません）

事故日	年　　月　　日　・　不明（　　年前頃）
被害者	歳　　男性・女性 歩行・自転車・バイク・自動車・不明・その他
相手側	自転車・バイク・自動車・不明・その他

■事故や怪我の様子、ご質問内容 （自由作文でお願いします）

※お送り頂きました情報は、法律に則り適切に処理致します。