

法律相談票（離婚）

1 ご相談者様について

名 前：

本 籍 地：

住 所：〒

電話番号：（自 宅）（携 帯）

生年月日： 年 月 日（ 歳）

職 業：

2 相手方（ご主人または奥様）について

名 前：

本 籍 地：

住 所：〒

電話番号：（自 宅）（携 帯）

生年月日： 年 月 日（ 歳）

職 業：

3 お子様について

お名前	生年月日（年齢）	性別	同居者
①	年 月 日（ 歳）	男・女	ご相談者・相手方
②	年 月 日（ 歳）	男・女	ご相談者・相手方
③	年 月 日（ 歳）	男・女	ご相談者・相手方
④	年 月 日（ 歳）	男・女	ご相談者・相手方

4 ご夫婦関係について

結 婚 日： 年 月 日

別居開始日： 年 月 日

離婚したい理由（あてはまるもの全て□に✓を入れて下さい。）

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 性格が合わない | <input type="checkbox"/> 異性関係 | <input type="checkbox"/> 暴力をふるう | <input type="checkbox"/> 酒を飲み過ぎる |
| <input type="checkbox"/> 性的不調和 | <input type="checkbox"/> 浪費する | <input type="checkbox"/> 病気 | <input type="checkbox"/> 精神的虐待 |
| <input type="checkbox"/> 家族をすててかえりみない | | <input type="checkbox"/> 家族との折合いが悪い | |
| <input type="checkbox"/> 同居に応じない | | <input type="checkbox"/> 生活費を渡さない | |
| <input type="checkbox"/> その他 | | | |