

1 相談申込者

(1)住所	〒 -		
(2)フリガナ氏名	----- (職業 年齢 才)		
(3)TEL	-	-	(携帯)
FAX	-	-	(自宅・勤務先)

2 相談内容等

(1)所在	
(2)規模	①階数：地上 階・地下 階 ②住戸数 戸 ③敷地面積： m ² ・建築面積 m ² ④延床面積（または占有面積） m ²
(3)構造	<input type="checkbox"/> 木造（ <input type="checkbox"/> 軸組 <input type="checkbox"/> 2×4 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> その他（）
(4)権利関係	<input type="checkbox"/> 所有権 <input type="checkbox"/> 注文建築： <input type="checkbox"/> 新築 <input type="checkbox"/> 増改築・リフォーム <input type="checkbox"/> 売 買： <input type="checkbox"/> 新築 <input type="checkbox"/> 建築条件付売買 <input type="checkbox"/> 中古（築 年） <input type="checkbox"/> 区分所有権（分譲マンション等）： <input type="checkbox"/> 新築 <input type="checkbox"/> 中古（築 年） <input type="checkbox"/> 賃借権 <input type="checkbox"/> その他（）
(5)契約時期	①契約年月日：昭和・平成 年頃 ②引渡年月日：昭和・平成 年頃
(6)被害概要	<input type="checkbox"/> 欠陥現象がある 不具合箇所（） <input type="checkbox"/> 沈下 <input type="checkbox"/> 傾斜 <input type="checkbox"/> 揺れ・震動 <input type="checkbox"/> 建具の立付 <input type="checkbox"/> 床鳴 <input type="checkbox"/> 遮音性 <input type="checkbox"/> 亀裂（ <input type="checkbox"/> 内部・ <input type="checkbox"/> 外部） <input type="checkbox"/> 外観・内装不良 <input type="checkbox"/> 雨漏 <input type="checkbox"/> 悪臭 <input type="checkbox"/> 虫害 <input type="checkbox"/> 上水不良 <input type="checkbox"/> 下水不良 <input type="checkbox"/> 結露 <input type="checkbox"/> カビ <input type="checkbox"/> その他（玄関扉の染み）
	<input type="checkbox"/> 契約上のトラブルがある <input type="checkbox"/> 工期の遅れ <input type="checkbox"/> 追加工事等の金額面でのトラブル <input type="checkbox"/> その他（）
(7)相手方の名称	<input type="checkbox"/> 建築業者 <input type="checkbox"/> 仲介業者 <input type="checkbox"/> 売主 <input type="checkbox"/> その他（）
(8)相談の要点（できるだけ簡潔にお書き下さい。）	
(9) 定期相談会をどのようにお知りになりましたか 研究会HP ・ 消費生活センター ・ 広島市／県住宅専門家相談 その他（）	