

障がい者差別解消法にかかわる相談受付票（案）

R2年度改訂 北信圏域障害者差別解消支援地域協議会

受付日	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他 ()	
受付機関	<input type="checkbox"/> 市・町・村 課 <input type="checkbox"/> その他 ()	対応者	

(基本情報)

相談者	氏名	<input type="checkbox"/> 匿名	所属機関名			
	住所	電話番号				
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 関係者 ()				
本人の状況	ふりがな	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	氏名	電話番号				
	住所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設等 ()				
	障がい種別	<input type="checkbox"/> 身体障がい <input type="checkbox"/> 知的障がい <input type="checkbox"/> 精神障がい <input type="checkbox"/> その他 () ※わかる範囲で記載				
	特記事項					
相手方の状況	区分	<input type="checkbox"/> 行政機関 <input type="checkbox"/> 事業者				
	行政機関 事業者名					
	住所	電話番号				
その他 特記事項						

