

相談受付表

申込 年月日	平成 年 月 日				
相談者	住所			電話	(_)
	ふりがな 氏名			対象者 との関係	
対象者 ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)	性別	男 ・ 女
障害名		手帳の有無	1. 有(種類:) 2. 無		
相談内容	相談内容について、○をつけてください(複数回答可)				
	1. 福祉 2. 医療 3. 教育 4. 療育 5. 就労 6. その他()				
※相談したいこと、相談時配慮してほしいこと、相談日時の希望など ご自由にお書きください					

※書ききれない場合は、裏面もお使いください。