|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | 年　月　日 | | | | | | |
| 相談者 | 住所 |  | | | 電話 |  | |
| ふりがな |  | | | 対象者との関係 |  | |
| 氏名 |  | | |
| 対象者 | ふりがな |  | | 生年月日 | 年　月　日 | | |
| 氏名 |  | | 年齢 | 歳 | 性別 |  |
| 障害名 |  | | | 障害者手帳等 |  | | |
| 相談内容 | 相談内容に丸を付けてください（複数回答可） | | | | | | |
| １．福祉 | ２．医療 | ３．教育 | ４．療育 | ５．就労 | ６．他（　　　　） | |
|  | | | | | | |
| 担当者所見 |  | | | | | | |
| 相談担当 | | | |  | | |

**相談受付表**