

相談受付・申込票(ふくし総合相談)

受付番号		初回相談 受付日	西暦	年	月	日	受付者	
------	--	-------------	----	---	---	---	-----	--

■基本情報

ふりがな			性別	男	女	( )
氏名			生年月日	西暦	年	月 日 ( 歳)
住所	〒 -					
電話	自宅	( ) -	携帯	- -		
メール						
来談者 ※ご本人以外 の場合	氏名		来談者との 関係	家族 (本人との続柄: )		
	電話	( ) -		その他 ( )		

■ご相談内容

ご相談されたい内容に○をおつけ下さい。複数ある場合は、一番お困りのことに◎をおつけ下さい。

<input type="checkbox"/>	病気や健康、障害のこと	<input type="checkbox"/>	住まいについて	<input type="checkbox"/>	収入・生活費のこと
<input type="checkbox"/>	家賃やローンの支払いのこと	<input type="checkbox"/>	税金や公共料金等の支払いについて	<input type="checkbox"/>	債務について
<input type="checkbox"/>	仕事探し、就職について	<input type="checkbox"/>	仕事上の不安やトラブル	<input type="checkbox"/>	地域との関係について
<input type="checkbox"/>	家族との関係について	<input type="checkbox"/>	子育てのこと	<input type="checkbox"/>	介護のこと
<input type="checkbox"/>	ひきこもり・不登校	<input type="checkbox"/>	DV・虐待	<input type="checkbox"/>	食べるものがない
<input type="checkbox"/>	その他 ( )				

ご相談されたいことや配慮を希望されることを具体的に書いてください。

■相談申込み欄

館林市社会福祉協議会 様

相談支援にあたり必要となる関係機関(者)と情報共有することに同意します。なお、同意にあたっては、「社会福祉法人館林市社会福祉協議会個人情報保護規定」について説明を受けました。

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日      本人署名 \_\_\_\_\_