（様式 1）

相談受付票

対象者名	様	生年月日	M S T H 年 月 日(　才)
住所	〒		
電話番号		FAX 番号	
携帯電話		メール	

初回受付	受付番号（　　）　受付者（　　）	
受付日	年　月　日（　）	
相談者	□本人 □家族 □行政 □福祉ｻｰﾋﾞｽ提供者	担当者：　様 所属先： 連絡先：
相談区分	□成年後見制度　□財産管理契約　□権利擁護 □その他（　）	

相談内容	