（様式1）

相談受付票

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者名 |  | 様 | 生年月日 | M ST 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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |