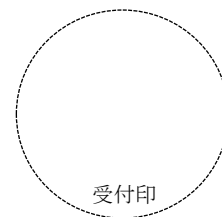


障害者差別解消法 相談受付票



【受付状況】

相談年月日	年 月 日 時 分	相談受付票 作成者氏名			
所属機関名			受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他 ()	
相談者 (通報者)	氏名			電話番号	
	住所または 所属機関名				
	本人との 関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族親族 (同居・別居) 続柄: <input type="checkbox"/> 近隣住民・知人 <input type="checkbox"/> 民生・児童委員 <input type="checkbox"/> 相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス事業所 <input type="checkbox"/> 教育機関 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他 ()			

【本人の状況】

氏名		年齢	歳	性別	男・女		
住所			電話番号				
主障害	身体障害 (<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 内部) <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> その他 ()						
手帳の有無	身体障害者手帳	級	療育手帳	級	精神障害者保健福祉手帳	級	無

【相手方の状況】

事業所名		住所				
氏名			年齢	歳	性別	男・女

【本人の主訴】

<input type="checkbox"/> 差別的取扱い	<input type="checkbox"/> 合理的配慮の不提供	<input type="checkbox"/> 環境整備の要望

【処理状況】

--

八幡浜市障害者差別解消支援地域協議会への報告

年 月 日報告