

障害者差別に関する相談記録票

報告日 年 月 日

受付課係名	課 係					
受付者氏名						
相談日	年 月 日 ()					
相談方法	電話	書面	メール	ファックス	面接	その他 ()
相談者の 障害種類	視覚 精神	聴覚 難病	言語 その他 (	肢体	内部	知的 発達)
相談者主訴						
相談内容 詳細						
対応結果						
決 裁 欄	福 祉 課			受 付 課		
	課 長	係 長	係	課 長	係 長	係