# 相談窓口受付票

## 相談者情報（匿名の場合は空白）

|  |  |
| --- | --- |
| **記入日** | 20・・年　・・月　・・日 |
| **氏名** |  |
| **性別** | 男性 ・ 女性 | **年齢** | ・・歳 |
| **電話番号** |  |
| **メールアドレス** |  |

## 相談内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **日付** | 20・・年　・・月　・・日 | **時刻** | ・・時　・・分 |
| **被害を受けた者の氏名および所属等：** |
| **行為者（加害の疑いがある者）の氏名および所属等：** |
| **被害概要：****該当区分（※）：**[ ]  1.暴力　[ ]  2.セクシャルハラスメント　[ ]  3.パワーハラスメント　[ ]  4.差別[ ]  5.その他［　　］ |
| **備考** |

※該当する番号をチェック [x]  してください。