# 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  してください。