

# 相談シート

相談にあたり、私の相談内容を延岡市役所及び関係機関で情報共有し、保管・集約することに同意します。

同 意 欄


ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
氏名			年 月 日( 歳)	
住所	〒 -			
家族構成		連絡先	自宅	
			携帯	
代理人 ※本人 以外 の場合に 記入して ください。	ふりがな	ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 家族(本人との続柄: )	
	氏名		<input type="checkbox"/> その他( )	
	住所	〒 -	連絡先	自宅
			携帯	

相談日時	令和 年 月 日 ( ) AM・PM :	担当者	
相談分野	医療・介護・福祉・子育て・教育・その他( )		

センター職員が記入いたします。  
(※事前に記入できる方はご相談されたいことを具体的にご記入ください。)

--

対応記録	(センターでの対応記録:センター職員記入)				
	※担当課につなぐ場合				
	所属課・係		担当者	内線	
対応内容(担当者の記入をお願いします。記入後、センターにご提出ください)					

※庁外機関へのつながりが必要な場合のみ下へ 

相談先	日 時	令和 年 月 日 ( ) AM・PM :			
	部 署				
	担当者		連絡先		

※以下はセンター職員が記入 (なんでも総合相談センター聴取日 令和 年 月 日 )

相談先への確認事項	対応内容
	備考(相談者への連絡の有無等)