別記第１号様式

法律相談受付票

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 相談員 | 氏　　名 |  | 所属等 |  | |
| 住　　所 |  | | | |
| 連絡先 | ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　／ＦＡＸ | | | |
| 障害のある方 | 氏　　名 |  | 年　齢 | 歳 |  |
| 住　　所 | ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　／ＦＡＸ | | | |
| 障害種別 | 身体障害（　肢体　視覚　聴覚　内部　その他　）  知的障害　　精神障害　　発達障害　　高次脳機能障害　　難病等 | | | |
| 相談事項概略 |  | | | | |
| 相談希望日 | | 第１希望：令和　　年　　月　　日（　）　　：　　～  　第２希望：令和　　年　　月　　日（　）　　：　　～  　第３希望：令和　　年　　月　　日（　）　　：　　～ | | | |
| 相談希望場所 | | 和歌山　　　田辺　　　橋本　　　新宮 | | | |
| 相談希望方法 | | 面接　　　　電話　　　　　　　※電話相談は和歌山のみ実施 | | | |

　※以下の欄は、記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付№ |  | 受付日 | 令和　　年　　月　　日（　） | | 担当者 | |  | |
| 相談日時 | 令和　　年　　月　　日（　） 　　： 　　～ | | | | 相談方法 | | |  |
| 相談場所 |  | | | 担当弁護士名 | |  | | |

**※　本相談は、和歌山県からの委託法律相談事業に基づくものであり、本法律相談受付票及び相談報告書については、和歌山県福祉保健部福祉保健政策局障害福祉課が保管します。**