

法律相談受付票

相談員	氏名		所属等	
	住所			
	連絡先	TEL / FAX		
障害者	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 ※電話相談は和歌山市のみ実施			

※以下の欄は、記入しないでください。

受付 No.		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。