

あて先：関東地方整備局 障害者差別解消法相談窓口 あて

FAX：048-600-1910

相 談 シ ー ト

相 談 日	平成 年 月 日 ( 曜日)		
回答の要否	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 否	
	回答を「要」とした場合、「お名前」「連絡先」を記入して下さい。 記入のない場合、回答することができない場合があります。		
(ふりがな) お 名 前	<input type="checkbox"/>	( )	
	<input type="checkbox"/>	匿名希望	
相談者の立場	<input type="checkbox"/>	障害者 (本人、障害者団体、家族・親戚、友人・知人、 同伴者・介護者)	
	<input type="checkbox"/>	事業者	
	<input type="checkbox"/>	自治体 ( )	
	<input type="checkbox"/>	その他 ( )	
性 別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	
年 齢	10代、20代、30代、40代、50代、60代、70歳以上		
障害者団体名・ 事業者名			
連絡先 (いずれかをご 記入ください)	Eメール		
	電話番号		
	FAX		
	住 所		
相談内容			

※誹謗中傷等についてのご意見には、回答できない場合があります。

※相談内容が、複数枚の時は次ページの「相談シート (その2)」をご利用下さい。

## 相談シート（その2）

相談内容	
------	--

※誹謗中傷等についてのご意見には、回答できない場合があります。