長崎県弁護士会高齢者・障害者支援センター　福祉の当番弁護士相談

申込書送信先　FAX.（095）824-3967

この用紙に記入された個人情報は、事件管理やお問い合わせに関するご本人の確認のため、また、相談内容の把握と統計資料に利用いたします。

相 談 申 込 書

申込日	年　月　日　時　分		
団体名		相談者	
電話番号		FAX 番号	
連絡可能な時間帯	【いつでもよい　・　平日のみ　・　日にち指定　・　曜日指定　・　その他】 指定内容		
【相談概要】＊記入にあたっては、ご本人を特定できないように配慮をお願いします。 （別紙を使われても結構ですが、簡潔にまとめてください。）			
本人の性別	男　・　女	本人の年齢	歳代
本人の状態	1 高齢者　2 認知症高齢者　3 知的障害（A1・A2・B1・B2） 4 身体障害（　　）級（肢体・聴覚・視覚・内部・その他　　） 5 精神障害（　　）　6 寝たきり　7 健常　8 その他（　　）		
生活状況	1 独居　2 家族と同居（続柄　　） 3 施設入所（特別養護老人ホーム・老人保健施設・厚生施設・その他　　） 4 病院入院（一般病院・老人病院・精神病院・その他　　）　5 通院中		

以下は担当弁護士が記入

報告書返送先　FAX.（095）824-3967

受付番号	

電 話 相 談 報 告 書

実施日時	年　月　日　時　分～　時　分
弁護士名	
【相談内容】	
【回答内容】	
相談結果	1 相談のみ　2 継続有料相談　3 本人と直接有料相談　4 その他