

様式第1号（第2条関係）

小金井市障害者差別の解消に係る特定相談対応記録票

相 談 日 時		年 月 日 : ~ :									
相 談 方 法		電話・面談・電子メール・その他 ( )									
相 談 履 歴		初回・ 回目(前回相談年月日: 年 月 日)									
対 応 者 氏 名											
相 談 者	氏 名										
	住 所										
	電 話 番 号	( ) -									
	本人との関係	本人・家族親族(同居・別居、続柄: )・知人 ・その他 ( )									
障害を理由とする差別を受けた者	氏 名		性 別	男・女	年 齢		歳				
	住 所										
	電 話 番 号	( ) -									
	主 障 害	身体障害・知的障害・精神障害・その他 ( )									
	障 害 者 手 帳	有(種別: 、等級: )・無									
	特 記 事 項										
相 談 内 容		1 不当な差別的取扱い 2 合理的な配慮の不提供 3 その他									
対 応 内 容											
決 裁 欄	受 付 日	受 付		係		主 任		係 長		課 長	