

※

## オンライン相談受付書

相談日時	令和 年 月 日 (開始時間: 時 分)		
ふりがな			性別
子どもの名前			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	平成・令和 年 月 日 ( ) 歳		
在籍	園名 学校名	学年等	<input type="checkbox"/> 年少 <input type="checkbox"/> 年中 <input type="checkbox"/> 年長( )組
			( )年( )組
	担任:( )先生		
その他	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 有職:勤務先( )		
ふりがな			続柄
相談する人の名前			
住所	刈谷市		
連絡先	自宅電話	—	—
	携帯電話	—	—
	メールアドレス	@	
相談したいこと			
<p>今までに当センターで相談されたことがありますか。</p> <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( )年( )月ころ			
<p>今までに他の相談機関・病院等で相談されたことがありますか。</p> <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( )年( )月ころ 機関等名( )			
<p>当センターをどこで知りましたか</p> <input type="checkbox"/> 幼稚園・保育園等 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 市民だより <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> チラシ・リーフレット <input type="checkbox"/> 知人・友人 <input type="checkbox"/> 市役所の機関( ) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 不明			
備考			
<p>相談内容の解決をはかるため、本書の情報を他の機関に提供することへの同意確認</p> <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない ※同意確認が未記入の場合、同意されたものとして取り扱います。			

ここに書かれた内容は、相談以外には使用しません。

刈谷市子ども相談センター