

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	