

# FAX相談用紙

この用紙に記入いただく個人情報は、相談受付が目的です。

相談以外で使用することはございません。相談内容の秘密は厳守します。

**※印のついている項目は、必ず記入してください。**

※ お名前(漢字) (匿名可)	
※ お名前(カナ)	
住所 都道府県	
住所 市区町村	
マンションビル名室名	
※ 当相談室から連絡 の可否と方法	※ 当室から、連絡してよいものにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 連絡可の場合 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> ファックス
※ 電話番号 ファックス番号	※ 上記で選択した電話FAX番号を記載してください。 電話 - - FAX - -
※ 原因となった被害	<input type="checkbox"/> 殺人強盗 <input type="checkbox"/> 暴力傷害 <input type="checkbox"/> 詐欺窃盗 <input type="checkbox"/> 性被害 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> DV <input type="checkbox"/> ストーカー <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 消費者問題 <input type="checkbox"/> セクハラ <input type="checkbox"/> その他( )
※ 相談者と 被害者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族・親戚 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
年齢	才代

## ※ 相談内容

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

返信まで数日を要することもあります。(土・日・祝日をはさむなど)

対応をお急ぎの場合は電話をご利用ください。