滋賀県社会福祉士会包括的相談支援従事者サポート事業（滋賀県委託事業）**相談申込書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **所属** |  | **相談者氏名** |  | | |
| **申込日** | **令和　年　月　日（　）** | | | **連絡先住所**  **✉メール**  **電話番号** | **（　　　　　　　　　　　　　　　）**  **（　　　　　　　　　　　　　　　）**  **（　　　　　）** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **相談ケースの概要（個人情報の無い範囲で簡単に）** | | | |
|  | | | |
| **相談申込者情報** | **相談を希望される方の情報を下記にご記入ください** | | |
| 1. **支援をされている方との関係は何ですか？（例、ケアマネ、包括社会福祉士、etc）**   **②支援を続けて行かれる中での困りごとは何ですか？**  **③支援者として関わる中で、どのようなアドバイスを受けたいと思われますか？** | | | |
| **【相談申込された方の連絡先・連絡方法・その他備考】** | | | |
| **【滋賀県社会福祉士会事務局記入欄】** | | 受付者 |  |
| **【対応】** | | | |