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】** |