

2016年12月8日・9日実施

大阪弁護士会 障害者差別解消法特別相談

ファックス：06-6364-1252 あて

### ファックス相談フォーム

匿名でも相談には応じますが、適切な回答のために、できる限りご記載ください。

ふりがな  氏名	性別 1. 男・2. 女
回答送付先 ファックス番号	【必ず記載してください】
住所	市 区 郡 町
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳 ) 職業 ( )
現在の状態 (当てはまるもの 全てに ○をつけてください)	1. 認知症 2. 知的障害 (A・B1・B2) 3. 身体障害 (肢体・聴覚・視覚・内部・ その他 ( ) ) 4. 精神障害 (1級・2級・3級) 5. 重複障害 99. その他 ( )
現在の 生活状況	1. 独居 2. 家族と同居 (続柄 / 人) 3. 施設入所 (施設名・施設の種類の種類等： ) 4. グループホーム 5. 病院入院 (病院名・症状等： ) 99. その他 ( )
相談 したい こと	【スペースが足りない場合は別の用紙にお書きください。】
今回の 特別相談を 知ったきっかけ	1. 新聞 2. ラジオ 3. テレビ 4. 法律相談 5. 府社協 (あいあいねっと) 6. 福祉事務所 7. 保健所 8. 施設 9. 市・区役所 10. その他の行政機関 ( ) 11. あんしんさぽーとセンター 12. 病院 13. タウンページ 14. 法テラス 99. その他 ( )