

相談申出カード

年 月 日

①職員本人かどうか	<input type="checkbox"/> 職員本人 <input type="checkbox"/> 職員本人でない (職員との関係：)	
②氏名 (匿名も可)	<input type="checkbox"/> 匿名希望	
③所属名 (団体名)	職名 (職種)	
④連絡先 (メールでやりとりする場合、記入は不要)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 ()	
⑤連絡に都合の良い時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 昼休み <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 夕方 <input type="checkbox"/> その他 (時頃)	
⑥面談希望の有無	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
※事務局使用欄	担当者が連絡する見込みの日時： 月 日 時頃	
⑦相談内容 できるだけ具体的に 記載してください	<input type="checkbox"/> 任用関係 <input type="checkbox"/> 給与関係、勤務時間関係 <input type="checkbox"/> サービス関係 <input type="checkbox"/> 分限・懲戒関係 <input type="checkbox"/> 厚生・福祉関係 <input type="checkbox"/> 各種ハラスメント関係 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	相談回数 <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 再申出 (前回： 年 月) (いつ? どこで?)	
	(誰が?) 相手方や目撃者 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	(どのような事が?)	
⑧他機関又は上司・同僚等への相談の有無	<input type="checkbox"/> あり (相談時期： 年 月頃) <input type="checkbox"/> なし 相談相手 () その時の対応 ()	
⑨対応希望	<input type="checkbox"/> 制度の説明 <input type="checkbox"/> 助言 <input type="checkbox"/> 任命権者への伝達 <input type="checkbox"/> 指導 <input type="checkbox"/> あっせん <input type="checkbox"/> その他 ()	
⑩任命権者等への情報提供の可否	<input type="checkbox"/> すべて可 <input type="checkbox"/> 所属名、氏名を除き可 <input type="checkbox"/> 氏名を除き可 <input type="checkbox"/> すべて不可	