



送付先
 横浜市消費生活総合センター
 Fax: 045-845-7720 

面接相談の予約をお取りしますので、ご都合のつく日をお知らせください。

① 相談者情報

ふりがな				年齢
名前				歳
折り返しの 連絡方法	FAX ・ メール ・ 郵送	FAX 番号または メールアドレス		
住所	〒 ー 横浜市 区			
職業	会社員 自営業 家事 無職 学生(中・高・大・専門)			
希望日 ※平日のみ	第1希望	月 日	午前(9:00~11:00) ・ 午後(13:00~16:00)	
	第2希望	月 日	午前(9:00~11:00) ・ 午後(13:00~16:00)	
	※希望の時間枠を○で囲ってください			
同行者有無	あり(家族・福祉関係者) ・ なし ※同行者なしの場合、筆談での対応となります			

※センターに手話通訳できるものはありませんので、同行者とご一緒に来所頂けるとスムーズです。

② 相談内容をお書きください

③ 事業者名が分かればお書きください

④ 契約しましたか

契約していない ・ 契約した (年 月 日)