



送付先
 横浜市消費生活総合センター
 Fax:045-845-7720 

電話で相談内容等を確認しますので、ご連絡可能な電話番号を明記してください。

① 相談者(ケアプラザ等職員)情報

施設名		担当者名	
電話番号		所在地	横浜市 区
備考【任意】(連絡のつきやすい時間帯など)			

② 契約者情報

ご年齢	歳	性別	男性・女性・不明
同居家族【任意】	有・無	居住区	横浜市 区
備考【任意】(認知症・障害の有無など)			

③ 相談内容をお書きください

④ 事業者名が分かればお書きください

⑤ 契約状況 契約した ・ 契約していない



契約した日はいつですか 年 月 日

分からない場合 1週間以内 ・ 1か月以内 ・ 半年以内 ・ 半年以上前 ・ 不明