

F A X 相 談 カ ー ド

ケ ア プ ラ ザ 等 用

横浜市消費生活総合センター
FAX: 045-845-7720

電話で相談内容などを確認しますので、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【任意】	横浜市 区 在住
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（分かればご記入ください） _____ 年 _____ 月 _____ 日

分からない場合 → 1週間以内 ・ 1ヶ月以内 ・ 半年以内 ・ 半年以上前 ・ 不明/無関係