

FAX 相談カード

— こちらはご記入不要です —
担当相談員名

A・B・C・D・E

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、必ず日中ご連絡可能な電話番号を明記してください

① 相談者情報

フリガナ			
名前 [※必須]			
電話番号 または (携帯電話番号) [※必須]		年齢	歳
住所	〒 — 横浜市 区		
職業	会社員 自営業 家事 無職 学生 (中・高・大・専門)		

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)