**高山村ひきこもり支援の相談シート**

相談日　令和　　年　　月　　日

1.相談者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 年　齢 | 住　所 | 電話番号 |
|  | 　　歳 |  |  |

2.相談内容

（１）どなたについてのご相談ですか（アかイに〇印を付けてください。）

|  |  |
| --- | --- |
| ア.相談者ご本人 |  |
| イ.相談者以外（右欄をご記入ください。） | 相談者とのご関係 |  |
| 氏　名 |  | 年齢 | 歳 |
| 住　所 |  |

（2）どのようなご相談ですか

|  |
| --- |
|  |

（3）その他にひきこもり支援に関する行政への要望など

|  |
| --- |
|  |

●相談窓口

　高山村役場 保健みらい課（保健福祉センター内）

・電話　　0279-63-1311

・FAX　　0279-63-1310

・メール　　hoken-takayama@vill.takayama.gunma.jp