

ハラスメント申告及び相談受付票

No. _____

申告日 相談受付日	年 月 日 () : ~ : 年 月 日 () : ~ :	受付 相談員	
申告・相談者	名前	連絡先	TEL: Mail:
被害者(相談者と同一人の場合は同上)	名前	加盟組織	
行為者とされる者	名前	加盟組織	
被害者と行為者とされる者の関係			
相談の具体的な内容 (1) 問題とされる言動についての5W1H(、、、、) ・ ・ ・ (2) 相談者、被害者及び行為者とされる者との関係 ・ (3) 被害者の受けた影響(仕事面、心理面) ・ ・ (4) 目撃者又は事実を知る第三者 ・ (5) 被害者がとった行為者とされる者への対応 ・ ・ (6) 役員等に対する相談の有無 ・ ・ (7) 被害者が求めている対応内容 ・ ・ 等について具体的に記入			
相談員所見			

申告票送付先: sodan@shinsai.org 件名に「ハラスメント申告」と記入してください。連絡の取れるように、相談者・申告者は氏名、TEL又はメールアドレスなどを記載してください。