**相談受付票**

この受付票に書かれた相談内容は、関係規程の手続きによる以外に他に伝えられることはありません。

|  |
| --- |
| 〔相談者〕　☐本人　☐第三者　　← □にチェックを入れてください　　　 年　　月　　日記入    (フリガナ)  氏　名    **<学生>**  学籍番号  **<教職員>**以下、□にチェックを入れてください  教員（専任　非常勤）職員（専任　常勤嘱託　非常勤嘱託）その他（　　　　）  所属  電話番号（希望する連絡先にチェックしてご記入ください）  自宅：  携帯：  E-mail（希望する連絡先にチェックしてご記入ください ＊携帯はPCメール受信可能の設定をお願いします）  PC：　　　　　　　　　　＠  携帯：　　　　　　　　　　＠  ※ 相談者が本人でない場合は、下記に本人の連絡先をご記入ください。  　電話番号：  　E-mail：  相談予約希望日時  第１候補　　　月　　　日（　） 　　：　　　～　　　：  第２候補　　　月　　　日（　） 　　：　　　～　　　：  第３候補　　　月　　　日（　） 　　：　　　～　　　：  同伴者の有無（上記の相談時）  なし　　友人・知人　　保護者・家族　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※記入できる範囲で記入してください。  １．ハラスメントをしている人は誰ですか（身分または所属、氏名）  ２．ハラスメントを受けている人は誰ですか。  ３．ハラスメントの言動について、できるだけ客観的に詳しく書いてください  （いつ、どこで、どのようなことが行われたか） |
| ４．その言動に対して、あなたはどのように思っていますか  ５．関係者、目撃者、証人などがいたらご記入ください  ６．これまでの相談相手がいたらご記入ください  ７．行為者の言動は、どんなハラスメントに該当すると思いますか  セクシュアル・ハラスメント　　アカデミック・ハラスメント  パワー・ハラスメント　　　　　その他（　　　　　　　　　　　）  ８．その他、記述すべきことがあれば自由に書いてください（周辺状況・解決希望内容など）  ９．資料の有無　※なくてもかまいません。もしあれば、相談日にお持ちください  有（紙媒体　　　枚、電子媒体　画像（携帯画面等）　録音（音声等）　文書）無  10．健康状態  相談内容に関連し、健康状態に支障がある場合ご記入下さい（○○科へ通院している等） |
| ＊以下、相談員記入欄  受付日：　　　　　年　　　月　　　日  相談日時：　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　:　　　　～　　　　:  相談受付者： |