台帳 Ｎｏ.

吉川市消費者安全確保地域協議会

令和　　年　　月　　日　本紙のとおり報告します。

課　長	課長補佐	係　長	係
	○		

聞き取り･連携　情報シート

受 付 日：令和　年　月　日(　)　　時　　分

受付方法：　電話　・　来庁　・　他（　　）

※氏名は「カタカナ」で記入　　記 録 者：

1）対象者情報

対象者：　　（　　歳）　男性・女性

住所：　　連絡先：

特記事項：　健康状態(要介護など)＿＿＿＿　判断能力(認知症など)＿＿＿＿

2）通報者情報　※対象者以外からの通報・情報提供の場合

通報者：　　（事業所/機関名）

連絡先：　　特記事項：

□ 対象者は消費生活センターへの連絡を了解済みか。　　はい　・　いいえ

□ 対象者への連絡・対応方法は、どのようにしたか（するか)。

（　　）通報者が相談者に消費生活センターへの連絡を促す。

（　　）消費生活センターから対象者へ連絡する。

（　　）その他 … 具体的に：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3）聴取内容

聞き取り･対応者	
件名	
日時（発生時）	令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分
きっかけ	訪問販売・電話勧誘・通信販売・インターネット・ＳＮＳ 路上声掛・送り付け・店頭　その他（　　）

３）聴取内容（続）

対象者からの聞き取り内容（概要）	
対象者への対応	
各所への情報提供	
特記	

４）処理状況

消費生活センター処理	相談員（　　）情報番号 11098－　　－
連携先 (構成員・関係機関等)	
「運用について　第４項別表(1)」の該当事項 （情報シート作成理由）	□ ①構成員が連携を行った事例に関すること □ ②繰り返して消費者被害（未然防止を含む。）に遭った者に関すること □ ③消費生活相談の相談者で、協議会の構成員からの支援が必要と判断される者に関すること
備考	