

相談日時	年 月 日 () 時 分 頃		
相談方法	☐ 面談 ☐ 電話 ☐ メール ☐ その他 ()		
相談者	氏名：	所属・雇用形態	
受付者			

--

行為者とされる者	氏名・所属：		
発生日時	年 月 日頃	発生場所	
目撃者の有無	☐ あり（氏名： ） ☐ なし ☐ 不明		

事実確認	☐ 事実確認を希望する ☐ まずは見守ってほしい ☐ 未定
氏名の取扱い	☐ 行為者に氏名を伝えてよい ☐ 匿名を希望する
その他の希望	

--

--

受付者署名	代表取締役確認

この受付票に記載された情報は、ハラスメント防止規程第11条に基づき、相談への対応に必要な範囲を超えて開示せず、厳重に管理する。