

受付番号

情報提供者			
事業所・ 支援機関・ 部署		担当者名	
連絡先	—	備考	
☐ 情報共有したい ☐ 支援調整したい ☐ その他()			

相談連携シートは、坂出市健康福祉部(ふくし課・かいご課・こども課・けんこう課)または坂出市社会福祉協議会へご提出ください。

事務処理欄							
相談受付日	令和	年	月	日	受付者	所属名:	
						氏名:	
※本人同意 ☐ あり ☐ なし ☐ その他()							