|  |  |
| --- | --- |
| ハラスメント相談受付票 | |
| 相談者の情報 | |
| お名前： | 所属： |
| 代理人： | 本人との関係： |
| 連絡先(希望の連絡先) | (本人・代理人) |
|  |  |
|  | |
| 相手の情報 | |
| 相手の名前： | 所属： |
| 相手の連絡先(わかる場合) | 相手との関係： |
|  |  |
|  | |
| 相談内容 | |
| 1.いつ行われましたか(詳しい日時、頻度、など)。 | |
|  | |
|  | |
| 2.どこで行われましたか(具体的な場所)。 | |
|  | |
|  | |
| 3.相手以外に誰か関与していましたか。他に目撃した人等はいますか。 | |
|  | |
|  | |
| 4.問題と考える相手の言動はどのようなものですか。具体的に書いて下さい。 | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| 5.相手の言動に対して、その時その場でどのように対応しましたか。 | |
|  | |
|  | |
| 6.相手の言動はどのハラスメントに該当すると考えますか。次のものから選んで下さい。 | |
| ・セクハラ　　・パワハラ | |
| 7.6のハラスメントに該当すると考えた理由を教えて下さい。 | |
|  | |
|  | |
| 8.どのような対応を望みますか。次のものから選んで下さい。 | |
| ・相談　・調停　・調査　・その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
|  | |
| 受付側記入欄 | |
| 受付日時：　　　　年　　月　　日　　時　　分　受付担当者 | |