

# 虐待通報書

※太枠内にご記入ください

下記の通り、貴法人の事業に関する虐待を通報します。

|              |      |   |   |            |
|--------------|------|---|---|------------|
| 通報書作成日:      |      | 年   | 月 | 日          |
| 被虐待者・児       | ふりがな |   |   |            |
|              | 氏名   |   |   |            |
|              | 生年月日 | 年   | 月 | 日 ( 歳) 男・女 |
|              | 住所   | TEL   |   |            |
| 虐待に係る事実のあった日 |      | 年   | 月 | 日 ~ 年 月 日  |
| 虐待者          |      |   |   |            |
| 虐待内容         |      |   |   |            |
| 情報源          |      | 通報者は、 <input type="checkbox"/> 被虐待者本人 <input type="checkbox"/> 実際に目撃した <input type="checkbox"/> 怒鳴り声や泣き声を聞いた<br><input type="checkbox"/> 本人から聞いた <input type="checkbox"/> 関係者( )から聞いた |   |            |

この通報書を記入した者

|     |      |  |  |
|-----|------|--|--|
| 通報者 | ふりがな |  |  |
|     | 氏名   | □匿名希望  |  |
|     | 住所   | TEL  |  |
|     | 関係   | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー<br><input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> その他( ) |  |
|     | 協力   | 当会からの連絡 <input type="checkbox"/> 諾 <input type="checkbox"/> 否  |  |

【以下、職員確認欄】

| 受付票記入者 | 虐待防止受付担当者 | 虐待防止対応責任者 |
|--------|-----------|-----------|
|        |           |           |