

男女共同参画相談申出書

年 月 日

愛知県知事殿

郵便番号

住 所

氏 名

電話番号

愛知県男女共同参画推進条例第 17 条の規定により、下記のとおり相談の申出をいたします。

申出の趣旨	
申出の概要 ①いつ ②どこで ③どんなことが ④どのように男女共同参画を阻害するのか。	
他の機関への相談の有無	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
	(相談している場合は具体的に機関名と相談日を記入してください。)
他の制度等の利用の有無	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
	(利用している場合は具体的に機関名を記入してください。)
備考	

男女共同参画相談申出書 年 月 日 提出する年月日を記入してください。	
愛知県知事殿	
郵便番号 住 所 集合住宅は棟・号もご記入ください。 氏 名 ふりがなをつけ、押印は不要です。 電話番号 固定・携帯どちらでも結構です。	
愛知県男女共同参画推進条例第 17 条の規定により、下記のとおり相談の申出をいたします。	
申出の趣旨	この申出をする目的などについて記入してください。
申出の概要 ①いつ ②どこで ③どんなことが ④どのように男女共同参画を阻害するのか。	申出の内容を具体的に記入してください。
他の機関への相談の有無	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない 該当する□にレ点を記入してください。 (相談している場合は具体的に機関名と相談日を記入してください。)
他の制度等の利用の有無	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない 該当する□にレ点を記入してください。 (利用している場合は具体的に機関名を記入してください。) すでに訴訟、家事調停・審判、行政不服審査、男女雇用機会均等法に基づく苦情の申出などを行っている場合は具体的に機関名と申請日等を記入してください。
備 考	上記以外の連絡先、連絡可能な時間帯などがあれば記入してください。