

# セクシュアルハラスメント相談受付票

No. \_\_\_\_\_

相談員	
-----	--

相談受付日	年 月 日 ( ) : ~ :
-------	-----------------

相談者	所属		氏名	
-----	----	--	----	--

被害者	所属		氏名	
-----	----	--	----	--

加害者とされる者	所属		氏名	
----------	----	--	----	--

被害者と加害者とされる者の関係	
-----------------	--

## 相談の具体的な内容

(1) 問題とされる言動についての 5W1H


(2) 被害者の受けた影響（仕事面、心理面）


(3) 目撃者又は事実を知る第三者


(4) 被害者がとった加害者とされる者への対応


(5) 管理監督者等に対する相談の有無


(6) 被害者が求めている対応内容


## 相談員所見

