

※ 個人情報の適正な管理のため、必ず事前に電話してからFAX送信してください。

マッチング依頼書(刑事司法福祉連携)

令和 年 月 日						
依頼弁護士	(フリガナ)			事務所名		
				住 所		
				電話番号	— —	
				FAX番号	— —	
【対象者情報】						
留置・拘置	警 察 署 拘置(支)所	対象者の 同意	<input type="checkbox"/> 同意あり			
性別	男 ・ 女	年齢	歳			
居住市町村		職業				
収入状況					<input type="checkbox"/> 公的給付：生活保護 ・ 障害年金 ・ その他	
障がい					<input type="checkbox"/> 療育手帳： A1 A2 B1 B2	
					<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳： 級	
					<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳： 種 級	
健康状態						
入通院歴						
〔事件の概要〕				〔特記事項〕		
時系列	逮捕日時	/	勾留日	/	満期日	/ (延長有・無)
	起訴日	/	次回公判期日	/	接見禁止	有 ・ 無 ・ 一部解除
前科前歴						
【希望する支援内容など】						

【千葉県社会福祉士会からの回答】

依頼弁護士 殿(FAX: - -)
千葉県弁護士会 御中(FAX: - -)
☐ 下記の福祉専門職を紹介します。
☐ 紹介できる福祉専門職はいませんでした。
(所 属)
(担当者氏名) (電 話)

マッチング番号		
回答日: R 年 月 日		
※ 事務処理欄		
マッチング 担当	事務局受付	R 年 月 日
	マッチング完了 日	R 年 月 日
	弁護士会通知日	R 年 月 日