

## 相 談 申 込 票

インターネット上の悪質な書き込み対応に関する相談を申し込みます。

病院・クリニック名：	ご担当者名：
TEL 番号：	メールアドレス：
病院・クリニックの HP アドレス：	
書き込みがされたサイトの URL やスレッド名：	
書き込みをした人について： <input type="checkbox"/> 判明している <input type="checkbox"/> 心当たりがある <input type="checkbox"/> 全く心当たりがない	
書き込みをした人に関する情報： (判明している／心当たりがある場合にチェックされた方はお答えください) 氏名・名称： .....	
関係性： .....	
概要や書き込み内容など：	