

苦 情 申 出 書

令和 年 月 日

社会福祉法人

東村山市社会福祉協議会

会長 大原 喜美子 様

下記のとおり、貴会の運営する事業について苦情を申し出ます。

申 出 人			
ふりがな 氏 名		明・大・昭・平	年 月 日 歳
住 所	〒	TEL	()
連 絡 先	〒	TEL	()
対象者との 関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親類 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 福祉協力員 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他 ()		
苦情に関わる事実のあった日	令和 年 月 日～令和 年 月 日		
苦情のある事業名			
苦情内容：			
※第三者委員への報告の有無	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 否	
※話し合いへの第三者委員の助言・立会いの要否	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 否	

対 象 者			
ふりがな 氏 名		明・大・昭・平	年 月 日 歳
住 所	〒	TEL	()
備 考			

受付日：令和 年 月 日

受 付	苦情受付担当者	苦情受付責任者	苦情解決責任者	苦情解決統括責任者