

苦 情 申 出 書 秘

公益財団法人 神奈川県社会復帰援護会

苦情対応責任者 渡 辺 敏 夫 宛

申出日：平成 年 月 日

1. 申出者

フリガナ		電話番号	
氏 名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住 所	〒		
本人との関係			

2. 本人（申出者と異なる場合には記入して下さい。）

フリガナ		電話番号	
氏 名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住 所	〒		

下記の通り苦情を申し出ます。

記

苦情の起因となった事実のあった日・場所	平成 年 月 日～平成 年 月 日 ()		
施設・部署名		対象事業	
電 話 番 号	()		
申出の内容	施設、部署、第三者委員への申出者氏名等の公表	可・不可	

わかる範囲でご記入ください。用紙が足りない場合は、別紙を添付してください。

【援護会事務局使用欄】

受付 No. _____
受付者 _____

・経路： _____ ・事前相談：有／無 ・担当職員 _____ ・添付資料：有／無
・代筆：（口頭、電話、手紙、FAX、Eメール）／無 （代筆者： _____）