（様式第１号） 【秘】

苦情申出書

申出日：令和　　年　　月　　日

横浜市社会福祉協議会

苦情解決総括責任者　　宛

１．申出者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　　　名 |  | 電話番号 |  |
|  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| 連絡先住所 | 〒 | | |
| 本人との  関係 |  |  | |

２．本人（申出者と異なる場合に記入）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　　　名 |  | 電話番号 |  |
|  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　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となった日・場所 | | 令和　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日 | | | | |
| (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | |
| 施設・部署名  電話番号 | （　　　　） | | 対象事業 | |  | |
| 申出の内容 | | | | 施設、部署、調整委員への申出者氏名等の公表 | | 可・不可 |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |

※わかる範囲、また差し支えない範囲でご記入ください。太線内は必ずご記入ください。

※この苦情申出についての秘密は厳守します。

受付№

受付者