（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