

苦情受付書

| | | | | |
|------------------------------------|---|---|----------|---------|
| 受付日 | 平成 年 月 日 (曜日) | 苦情の発生時期 | 平成 年 月 日 | 受付No. |
| 記入者 | | | 苦情の発生場所 | |
| 申出人 | シ 氏 名 | | 住 所 | |
| | 利用者との関係 | 本人・親・子・その他() | | TEL — — |
| (申出人が本人以外の場合は、利用者の氏名、年齢、性別、連絡先を記入) | | | | |
| 苦情の内容 | 相談の分類 | ①福祉サービスの内容に関わる事項 ②個人の嗜好・選択に関わる事項 ③財産管理 ④制度・施策・法律に関わる要望 ⑤その他() | | |
| | | | | |
| 申出人希望等 | | | | |
| 備考 | | | | |
| 申出人の希望 | <input type="checkbox"/> 話しを聞いてほしい <input type="checkbox"/> 教えてほしい <input type="checkbox"/> 回答がほしい <input type="checkbox"/> 調査してほしい <input type="checkbox"/> 改めてほしい <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| 申出人への確認 | 第三者委員への報告の要否 | 要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 確認欄 [| |
| | 話し合いの第三者委員の助言 | 要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> | 確認欄 [| |