

(様式第1号)

【秘】

苦 情 申 出 書

申出日： 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		電話番号	
氏 名		生年月日	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		電話番号	
氏 名		生年月日	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	年 月 日 ～ 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No. _____

受付者 _____