

## 苦情申出書／苦情受付書

苦情受付担当者

受付日	平成 年 月 日 ( 曜日 )	苦情の発生時期	年 月 日	受付No	
記入者		苦情の発生場所			
申出人	氏名(フリガナ)		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					
苦情内容	相談の分類	①ケア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・遺産・遺言等 ④制度、政策、法律に関わる要望 ⑤その他( )			
申出人の希望等	<input type="checkbox"/> 連絡の方法 <input type="checkbox"/> 電話で連絡して欲しい(電話番号 ) <span style="margin-left: 400px;">※確実に連絡がとれる番号を記入ください</span> <input type="checkbox"/> 書面で回答して欲しい 郵送先住所(正確にご記入ください) 〒 その他				
申し出人の要望	<input type="checkbox"/> 話を聞いてほしい <input type="checkbox"/> 教えてほしい <input type="checkbox"/> 回答がほしい <input type="checkbox"/> 調査して欲しい <input type="checkbox"/> 改めて欲しい <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	[ ]
	話し合いへの第三者委員の助言、立ち合いの要否	要 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	確認欄	[ ]