（様式第１号）

【秘】

苦 情 申 出 書

申出日：平成　　年　　月　　日

社会福祉法人　川崎市社会福祉協議会
常　　務　　理　　事　　　　様

１．申出者

フ リ ガ ナ		電 話 番 号	
氏　　名		生 年 月 日	明・昭・平　　年　　月　　日
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	明・昭・平　　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のあった日・場所	平成　　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			

わかる範囲でご記入ください。用紙が足りない場合は、別紙を添付してください。

受付№

受付者

【事務局使用欄】

・経路：　　・事前相談：有／無　・担当委員　　・添付資料：有／無

・代筆：（口頭、電話、手紙、FAX、Ｅメール）／無　（代筆者：　　）