

苦 情 申 立 書

（宛先）大田区福祉オンブズマン

苦情申立人 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____
 福祉サービス利用者との関係 _____

大田区福祉オンブズマン条例第9条の規定により、次のとおり苦情を申し立てます。

福祉サービス利用者	住所 氏名 電話番号
苦情申立ての趣旨	
苦情申立ての理由 経過や内容をできるだけ具体的に書いてください。書き切れない場合は、別紙に書き、この用紙に添付してください。	
苦情申立ての原因となった事実のあった年月日	年 月 日
他の苦情処理制度への手続の有無（「有」の場合は、制度名等）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

福祉オンブズマンが、大田区福祉オンブズマン条例及び同条例施行規則による苦情申立ての調査に当たり、福祉サービス利用者の個人情報を取り扱うことに同意します。

福祉サービス利用者署名 _____

福祉サービス利用者の身体状況や病気等を理由に苦情申立人が福祉サービス利用者署名欄を代筆する場合は、次の苦情申立人署名欄に署名してください。

苦情申立人署名 _____