

苦 情 受 付 書

施設名				受付日	年 月 日 ()			受付番号	
受付担当者 (記入者)					受付方法	面談・電話・書面・FAX・他 ()			
申 出 人	(フリガナ)				住 所	〒□□□—□□□□			
	氏 名					TEL ()			
	利用者との関係	本人・親・子・他 ()							
利 用 者	(フリガナ)				住 所	〒□□□—□□□□			
	氏 名					TEL ()			
	性別	男・女	年齢	歳					
苦 情 の 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制度、施策、法律に関わる事項 ④その他 ()							
申 出 人 の 希 望	☐ 話を聞いて欲しい ☐ 教えて欲しい ☐ 回答が欲しい ☐ 調査をして欲しい ☐ 改めて欲しい ☐ その他 ()								
申 出 人 へ の 確 認	第三者委員への報告の要否 要 ☐ 否 ☐ 確認欄 ()								
	話し合いにおける第三者の助言、立合いの要否 要 ☐ 否 ☐ 確認欄 ()								

第1号様式—2

[illegible]

苦 情 受 付 通 知

年 月 日

苦情申出人

様

第三者委員

印

苦情受付担当者から下記のとおり苦情受付（受付 NO. ）について、報告がありましたことを通知します。

記

苦情の申出日	年 月 日（ 曜日）	該 当 施 設 名	
苦情発生時期		利用者との関係	本人・親・子・ その他（ ）
苦 情 の 内 容			

苦情解決結果報告書

年 月 日

申 出 人 様

第三者委員 様

市 長

苦情解決責任者 印

年 月 日付けの苦情（受付NO. ）について、下記のとおり報告いたします。

記

苦情内容	
結 果	