

苦情受付書

受付No.	
受付日	平成 年 月 日 ()
記入者	

申出 人	フリガナ 氏名		住所等 連絡先	Tel
	利用者 との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()		
申出人が本人以外の場合、利用者の氏名、年齢、性別、連絡先を記入				
苦情の発生日、場所		平成 年 月 日 ()		
苦情の分類		<input type="checkbox"/> ケアの内容に関する事項 <input type="checkbox"/> 個人の嗜好、選択に関する事項 <input type="checkbox"/> 財産管理、遺産、遺言等 <input type="checkbox"/> 制度、施策、法律に関する要望 <input type="checkbox"/> その他 ()		
苦情の内容				
申出人の希望等				
備考				
申出人の要望		<input type="checkbox"/> 話を聞いて欲しい <input type="checkbox"/> 教えて欲しい <input type="checkbox"/> 回答が欲しい <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 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否 確認欄 () 話し合いへの第三者委員の助言、立会いの要否 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否 確認欄 ()		

