

相談・苦情申出書

記入日	平成 年 月 日()	苦情の発生時期	平成 年 月 日()
申出者	申出者氏名	利用者氏名	利用者との関係
	連絡先	〒 _____ Tel _____	
相談・苦情の内容	相談の分類	※該当する項目にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> ケアの内容に関わる事項 <input type="checkbox"/> 個人の嗜好・選択に関わる事項 <input type="checkbox"/> 財産管理・遺言等 <input type="checkbox"/> 制度、施策、法律に関わる要望 <input type="checkbox"/> その他(_____)	
申出人の希望・相談内容等	※該当する項目にチェックしてください。 <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 [_____]		