

## 苦 情 申 立 書

練馬区保健福祉サービス苦情調整委員 殿

申立人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

本人（サービス利用者）との関係 \_\_\_\_\_

練馬区保健福祉サービス苦情調整委員条例施行規則第9条の規定により、つぎのとおり苦情を申し立てます。

本 人 （サービス利用者）	（申立人と同一の場合は、記入の必要はありません。） 住 所 氏 名		
申立ての原因とな った事実のあった 年月日	年 月 日		
申立ての対象とな る事業者等	名称		
	所在地		
	電話	担当職員名	
他の苦情処理制度 への手続の有無	他の苦情処理制度に { 該当欄にチェック } してください。 <span style="float: right;">                     手続していない                      手続している                      （制度名： _____）                 </span>		
個人情報の閲覧等 の同意	本申立てに係る調査を行うに当たって、保健福祉サービス苦情調整委員が 私（本人）の個人情報を閲覧等することに同意します。 <p style="text-align: center;">本人氏名</p>		
申立ての趣旨および理由 事実経過をできるだけ具体的に記入してください。（別紙可）			
_____ _____ _____			