

苦情受付書



社会福祉法人 任運社

苦情受付担当者:

受付日	平成	年	月	日(曜日)	苦情の発生時期	平成	年	月	日	受付No.	
記入者					苦情の発生場所						
申出人	(ふりがな)				住所	〒					
	氏名										
	利用者との関係	本人、親、祖父母、子、その他()				TEL					
★申出人が本人以外の場合には、利用者の氏名、年齢、性別、連絡先を下記に記入してください。											
利用者	(ふりがな)				連絡先	〒					
	氏名										
	年齢	歳	性別	性		TEL					
苦情の内容	相談の分類	<input type="checkbox"/> ①サービスの内容に関わる事項 <input type="checkbox"/> ②個人の嗜好・選択にかかわる事項 <input type="checkbox"/> ③財産管理・遺産・遺言等 <input type="checkbox"/> ④制度、施策、法律に関わる要望 <input type="checkbox"/> ⑤その他()									
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の助言、立ち会いの要否 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否 確認欄()										

相談記録	
想定原因	<input type="checkbox"/> 説明・情報不足 <input type="checkbox"/> 職員の態度 <input type="checkbox"/> サービス内容 <input type="checkbox"/> サービス量 <input type="checkbox"/> 権利侵害 <input type="checkbox"/> その他(<input style="background-color: #e0ffe0; width: 150px; height: 15px; display: inline-block; vertical-align: middle;" type="text" value=""/>)
処理経過	
結果	

平成 年 月 日

苦情解決結果報告書

第三者委員 様

平成 年 月 日付けの苦情(受付No,)については、
下記のとおり解決いたしましたので、報告いたします。

記

苦情内容	
解決結果	<input type="checkbox"/>