

年 月 日

苦 情 申 立 書

（宛先）大田区福祉オンブズマン

苦情申立人 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

福祉サービス利用者との関係 _____

大田区福祉オンブズマン条例第9条の規定により、次のとおり苦情を申し立てます。

福祉サービス利用者	住所 氏名 電話番号
苦情申立ての趣旨	
苦情申立ての理由 経過や内容をできるだけ具体的に書いてください。書き切れな い場合は、別紙に書き、この用 紙に添付してください。	
苦情申立ての原因となった 事実のあった年月日	年 月 日
他の苦情処理制度への手続 の有無（「有」の場合は、 制度名等）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※ オンブズマンが、調査に当たり、私（福祉サービス利用者）の個人情報を取り扱うこと及び大田区福祉オンブズマン条例第17条の規定による運営状況の報告に苦情調査結果の概要を登載し、公表することに同意します。

氏名 _____