

様式第1号(第4条関係)

苦 情 申 立 書		年 月 日
福祉保健サービス苦情調整委員 様		
申立人 住 所 氏 名 電話番号		
枚方市福祉保健サービスに係る苦情の処理に関する条例第10条の規定により、次のとおり苦情の申立てをします。		
苦情の申立ての原因となった事実のあった日	年 月 日	
苦情の申立ての対象となる福祉保健サービスの名称		
申立人が本人でない場合は、次の欄にも記入してください。		
本人の住所等	住 所	
	氏 名	
	電話番号	
申立人と本人との関係		
苦情の申立ての内容(具体的に書いてください。)		