

別紙

(運営適正化委員会 FAX番号：043-246-0298)

## 福祉サービス苦情解決事業に係る苦情解決担当者研修会

# 参 加 申 込 書

平成23年 月 日

千葉県運営適正化委員会委員長 様

(ふりがな)

法人名

(ふりがな)

施設・事業所名

住所(施設・事業所)

〒

電話番号(施設・事業所)

申込者名

下記のとおり参加を申し込みます。

記

ふりがな 参加者氏名	所 属	役 職 名	苦情関係職種 いずれかに をつけ てください	備考
(記入例) くじょう いちろう 苦情 一郎	老人ホーム 保育園 市町村 等	事務長、介護主任、 生活相談員等	苦情解決責任者 ・苦情受付担当者 ・その他 ( )	お弁当希望
			・苦情解決責任者 ・苦情受付担当者 ・その他 ( )	お弁当希望
			・苦情解決責任者 ・苦情受付担当者 ・その他 ( )	お弁当希望
			・苦情解決責任者 ・苦情受付担当者 ・その他 ( )	お弁当希望
			・苦情解決責任者 ・苦情受付担当者 ・その他 ( )	お弁当希望

注) 記入例を参考に御記入ください。個人情報については千葉県社会福祉協議会個人情報保護規程に基づき保護いたします。