

(別紙2)

平成20年度福祉サービス苦情解決事業受付担当者研修会  
事前アンケート

平成 年 月 日

施設名等		記入者名	
種 別	高齢・身体障害・知的障害・精神障害・ 児童(保育所・養護施設・母子施設)・ 社協・行政・その他( )	サービス 提供形態	入所施設・通所施設・ 訪問介護・作業所・ その他( )
Q1 貴方の法人における苦情解決の実施体制の整備状況を教えてください。 該当に ア 苦情受付担当者について 設置している ・ 設置していない イ 苦情解決責任者について 設置している ・ 設置していない ウ 第三者委員について 設置している ・ 設置していない			
Q2 貴方の苦情受付担当者としての経験年数を教えてください。 該当に 又は年数を記入 ア 平成20年度から初めて担当している イ 約 年間担当している			
Q3 これまで苦情受付担当者として実際に苦情相談を受け付けたことがありますか？ ア ある イ ない (ア あると答えた方で、誰から相談を受け付けましたか？ で囲んでください。) 利用者 家族 その他( )			
Q4 Q3で苦情相談を受け付けたことがある方にお尋ねします。 「苦情の内容」「対応経過・結果」を記入してください。 複数のケースがある場合は1ケースを抽出して記入してください。			
Q5 苦情受付担当者としての初期対応のポイントを挙げてください。 (利用者または家族等から最初に相談があった場合の注意すべき点)			
Q6 苦情受付担当者として苦情相談を受けるにあたり、課題(悩み)を挙げてください。			
Q7 今後の研修会で取り上げて欲しい内容、講師を記入してください。			

注1) 参加申込書とともにFAXにより提出してください。

注2) Q4については個人名等が特定できないよう配慮して記入してください。