

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

参加申込書

平成 年 月 日

千葉県運営適正化委員会委員長 様

法人名等 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

1. 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
(記入例) ちば いちろう 千葉 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	苦情受付担当者 ・苦情解決責任者 ・その他 ( )
			・苦情受付担当者 ・苦情解決責任者 ・その他 ( )
			・苦情受付担当者 ・苦情解決責任者 ・その他 ( )
			・苦情受付担当者 ・苦情解決責任者 ・その他 ( )
			・苦情受付担当者 ・苦情解決責任者 ・その他 ( )

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。