

※本票のみ F A X 送信して下さい (別途送信票等は不要です)

運営適正化委員会事務局記入欄

大分県福祉サービス運営適正化委員会事務局

FAX:(097)551-5454

締切：平成31年2月12日(火) ※ただし締切前に定員なり次第締め切らせていただきます

平成30年度福祉サービス苦情解決セミナー 参加申込書

法人名		事業所名	
住所	〒		
連絡先	TEL:	FAX :	記入者名

NO	氏名 (ふりがな)	性別	現職経験年数	苦情担当
1		男・女	年 月	苦情受付担当者・第三者委員 苦情解決責任者・その他
	職種	分野	高齢者・障害者・児童・その他	
NO	氏名 (ふりがな)	性別	現職経験年数	苦情担当
2		男・女	年 月	苦情受付担当者・第三者委員 苦情解決責任者・その他
	職種	分野	高齢者・障害者・児童・その他	

※事前アンケートへのご協力をお願いいたします。(今回の研修の参考にします。)

Q1.苦情対応について 対応したことが【 ある ・ ない 】

Q2.対応した苦情の内容について

対応した分野 【 高齢・障害・児童・その他 】

解決に要した日数 【 日 】

Q3.具体的に苦慮した点など

--

Q4.今回の研修で学びたいこと

--

【所属長記入欄】

上記のとおり提出します。

役職名

氏名

公印