

苦情申立書

年 月 日

北九州市長 北橋 健治 あて
(北九州市保健福祉オンブズパーソン事務局)

申立人 氏 名

住 所
〒

電話番号

() -

北九州市保健福祉オンブズパーソン事業実施要綱第 1 3 条の規定により、下記のとおり苦情の申立てをします。

<p>苦情申立ての内容</p> <p>経過や内容をできるだけ具体的にご記入ください</p>		
<p>苦情の申立ての原因 となった事実のあった年月日</p>	<p>年 月 日</p>	
<p>代 理 人</p>	<p>住 所 氏 名 電話番号</p>	<p>申立人との関係</p>

<p>他制度への手続きの有無</p>	<p>有【 行政不服審査 行政事件訴訟 請願 陳情 監査委員 直接請求 市政相談(市民の声・市長への手紙) その他】</p> <p>無 (該当箇所にレ印を記入してください。)</p>
<p>他の機関への苦情相談の有無</p>	<p>有【 区役所・市役所(局)(区・局 課) 民間事業者(名称) 福岡県運営適正化委員会(福岡県社会福祉協議会) 福岡県国民健康保険団体連合会 その他() 】【</p> <p>無</p>

同意書

苦情申立てに際し、北九州市保健福祉オンブズパーソンが意見書を作成するための苦情申立人の個人情報の提供や閲覧等に同意します。

また、同様の苦情の再発防止や今後のサービスの質の向上を図るため、個人情報が匿名化された上で北九州市保健福祉オンブズパーソンの対応事例として公表されることを同意します。

氏名 _____ 印