

苦情受付報告書

受付日	令和 年 月 日 曜日 時 分			
利用者	氏名		記入者 (担当者)	
申立人	氏名		電話番号	
	住所			
	利用者との 関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 () <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他 ()		
苦情等の 内容				
	申立人の 要望	<input type="checkbox"/> 改善してほしい <input type="checkbox"/> 調査してほしい <input type="checkbox"/> 教えてほしい <input type="checkbox"/> 回答してほしい <input type="checkbox"/> 話を聞いてほしい <input type="checkbox"/> 弁償してほしい <input type="checkbox"/> 提言 <input type="checkbox"/> その他		
事実確認の 状況				
対応状況				
再発防止のための 取り組み	苦情等が 発生した 要因分析	原因	<input type="checkbox"/> 説明不足 <input type="checkbox"/> 職員の態度・対応 <input type="checkbox"/> サービス内容 <input type="checkbox"/> サービス量 <input type="checkbox"/> 管理体制 <input type="checkbox"/> 権利侵害 <input type="checkbox"/> その他	
		具体的 要因		
	再発防止の ための 改善策			
改善策の 実践状況				