

申 立 書

(あて先) 千代田区保健福祉オンブズパーソン

千代田区保健福祉オンブズパーソン設置要綱第10条の規定により、次のとおり申し立てます。

申 立 人	住 所	〒 _____
	氏 名	
	連絡先 (電話番号)	
	本人との関係・資格	
本 人	※申し立て人と本人が同一でない場合記入してください。	
	住 所	〒 _____
	氏 名	
	連絡先 (電話番号)	
◆申し立ての原因となった事実のあった年月日 令和 年 月 日 ()		
※原則として1年を経過している問題は取り扱いません。		
申し立ての対象となる事業者等 _____		
◆申し立ての趣旨 (問題と思われることは何ですか? また、その問題をどんなふうに改善してほしいですか?)		
◆申し立てに至った内容等 (別紙に書いてください)		
◆他の苦情処理機関等へ、この問題の相談や苦情解決の届出をしていますか? □有 機関名 () □無		
※原則として現に他の苦情処理機関等へ、この問題の相談や苦情解決の届出をしている場合は、取り扱いません。		

同 意 書本申し立てにあたり、保健福祉オンブズパーソンが、行政や事業者等が所有する私に関する情報を
使用することに同意します。

氏名 _____ 印 _____

◆申立てに至った内容等（経過や内容をできるだけ具体的に書いてください。）