

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	
※申し立て人と本人が同一でない場合記入してください。		
本 人	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 _____ 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? <input type="checkbox"/> 有 機関名 (_____) <input type="checkbox"/> 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 _____

◆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。）

A large rectangular area with a solid black border, containing numerous horizontal dashed lines for writing.