〔書式①〕

【秘】

苦 情 受 付 書

一般社団法人広島県精神保健福祉士協会

<table>
<tr><td>受付日</td><td colspan="2">令和　　年　　月　　日（　曜日）</td><td>苦情の発生時期</td><td>令和　　年　　月　　日</td><td>受付No.</td><td></td></tr>
<tr><td>記入者</td><td colspan="2"></td><td>苦情の発生場所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">申出人</td><td>氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）</td><td></td><td rowspan="2">住所</td><td colspan="3" rowspan="2">TEL</td></tr>
<tr><td>申出人との関係</td><td>本人、親、子、その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="7">申出人が本人以外の場合は、本人の氏名、年齢、性別、連絡先を記入</td></tr>
<tr><td rowspan="2">苦情の内容</td><td>相談の分類</td><td colspan="5">①　支援の内容に関すること　②個人情報の取扱いに関すること　③協会活動に関すること
④その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>申出人の希望等</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>申出人の要望</td><td colspan="6">□話を聞いて欲しい　□教えて欲しい　□回答が欲しい　□調査して欲しい　□改めて欲しい　□その他［　　］</td></tr>
</table>

〔書式①表〕

相談記録	
想定原因	□説明・情報不足　□会員の態度　□支援内容　□権利侵害　□その他［　　］
処理経過	
結　果	

〔書式①裏〕