

## 苦 情 申 出 書

作成日：平成 年 月 日

社会福祉法人品川区社会福祉協議会 宛

下記のとおり、品川区社会福祉協議会が実施している事業に関する苦情を申し出ます。

○ 苦情を持つ人（利用者）

(ふりがな) 氏 名		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
住 所 (施設名)	〒	電話番号	— —
連 絡 先 住 所	〒	電話番号	— —
苦情に係る事実 のあった日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
苦情のあるサー ビスの種類			
苦情の内容			

○ この申出書を書いた人（申出人）

利用者との関 係			
(ふりがな) 氏 名		電話番号	— —
住 所			
連絡先 住 所			

○ 受理日：平成 年 月 日

処 理 欄	事務局長	学 校 長	苦情解決責任者	苦情受付担当者	備 考

# 苦情受付票

作成日：平成 年 月 日 ( )

受付方法	電話・FAX・来所	受付者	
苦情を持つ人	◆氏名 (フリガナ)		男 女 歳
	◆連絡先 〒		TEL ( ) FAX ( )
申出人 (上記と違う場合)	◆氏名 (フリガナ)		男 女 生年月日/M・T・S・H 年 月 日生 ( 歳)
	◆住所 〒		TEL
苦情のあった日	平成 年 月 日		
苦情の要旨			
苦情内容		品川社協の対応	

処 理 欄	事務局長	学校長	苦情解決責任者	苦情受付担当者	備考

品川ボランティアセンター受付表

(1 / )

受付方法 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 来所 来所時アンケート <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [ <input type="checkbox"/> PCあり <input type="checkbox"/> なし]		平成 年 月 日 ( ) 受付者	
相談者・依頼者	(フリガナ) <input type="checkbox"/> 男 氏 名 <input type="checkbox"/> 女 ( 歳)		VCを何で知ったか <input type="checkbox"/> 家族・知人 <input type="checkbox"/> 区役所 ( ) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> ボラミニ情報 <input type="checkbox"/> 区報 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	連絡先・所属		相者談分類 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 団体 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> その他 ( )
	TEL _____ FAX _____	〒 _____	受付種別 <input type="checkbox"/> V活動希望 <input type="checkbox"/> V依頼 <input type="checkbox"/> 寄付 <input type="checkbox"/> リサイクル <input type="checkbox"/> 情報収集 <input type="checkbox"/> 照会 <input type="checkbox"/> 協力依頼 <input type="checkbox"/> V保険 <input type="checkbox"/> 体験 <input type="checkbox"/> 周知希望 <input type="checkbox"/> 運営相談 <input type="checkbox"/> その他 ( )
件名			
日付	相談内容・目的・理由・回答の有無など	回答(回答者)	
<input type="checkbox"/> 次頁へ			
対象者	氏 名 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生年月日M・T・S・H 年 月 日生 ( 歳)		特 記 <input type="checkbox"/> 他機関等への紹介など <input type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> 処理完了 平成 年 月 日
	連絡先 (依頼者と違う場合) 〒 _____ Tel _____		
状況	①家族構成 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 近くにいる親族 ( )		処 理 室 長 栗 原 大和田 後 藤
	②障害者手帳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) ③介護保険 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護1. 2. 3. 4. 5 (サービス内容 ) ④民間サービス <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		

さわやかサービス希望調査表

平成 年 月

日

希望者	M・T・S・H 年 月 日生 ( 歳)					男	相談方法	受付者		
						女	電話 来所			
住所	品川区 丁目 番 号			TEL						
申込者	氏名			続柄		TEL				
	住所					訪問希望日及び、訪問に関する約束事				
家族状況	一人暮らし・夫婦のみ 同居家族がいる ( ) 日中同居 近くにいる親族 ( )									
相談内容	★利用希望者理由及び身体状況・健康状態 (身障手帳の有無・通院先など)									
	移送サービス希望者 駐車スペース (有 無) 近くに有料駐車場 (有 無)									
	希望するサービスの内容				介護保険等	未申請・要支援 要介護 (1・2・3・4・5) その他 ( )				
					民間事業者					
	派遣回数 週/何回				申込の紹介者					
対応										
訪問	世帯類型		希望サービス		他機関紹介 ( )					
要否	高齢障害疾患その他	身体精神的知的	家事・外出介助 見守り・介護 移送 他 ( )	次長	室長	コーディネーター				処理
※訪問約束日 月 日 ( ) 時 分 担当職員 [ ] 02・4										

# 成年後見センター問い合わせ受付票

No.	受付日	月	日	受付者	受付方法	電話・来所・FAX・文書				
どこからの問い合わせか	1.マスコミ ⇒対応は室長へ	2.社 協		3.自治体	4.学 生 ①区内学校 ②区外学校	5.一 般 ①区 民 ②区 外	6.その他			
	所 属（自治体・団体・学校名等）					氏 名				
	連絡先（郵送などの必要がある場合は住所もきいてください）									
〒										
Tel ( ) fax ( )										
先方の希望	1.取材 2.情報収集 3.制度について知りたい 4.その他									
対 応	1. 資料郵送（1 パンフ 2 報告書 3 報告書概要） 2. 再度先方より連絡いただく（TEL・FAX） 3. 月 日の説明会にお越しいただくよう案内 4. 後日こちらから連絡 5. 来所日の日程調整し、先方へ連絡（ 月 日（ ）来所予定） 6. 訪問する（ 月 日（ ）予定） 7. その他（ )									
備 考										
処 理 欄	月 日	対応確認	決 裁	局 長	次 長	室 長	コ ー デ ィ ネ ー タ ー			

（注）室長不在時にマスコミから問い合わせがあった場合は社名・担当者等連絡先を聞いておいてください。（その際、主旨説明のペーパーがあれば、f a xしてもらってください）