

平成29年度 福祉サービス苦情解決セミナー

参加申込書

FAX 027-255-6173

記入者名（担当者） _____
連絡先 TEL _____

下記により参加を申し込みます。

施設・事業所名	
県社協会員 * ご不明な場合、お問い合わせください。	会員 非会員
施設種別	
電話番号	
FAX 番号	
第三者委員 設置状況	・ 設置済 ・ 設置予定 ・ 未設置 (該当するものを○で囲んでください。)

NO	氏名	職名	備考 (○で囲んでください。)
1			1 苦情解決責任者 2 受付担当者 3 第三者委員 4 その他
2			1 苦情解決責任者 2 受付担当者 3 第三者委員 4 その他

講師への質問

※すべての質問についてお答えできない場合がありますのでご了承ください。