群馬県運営適正化委員会事務局行き【FAX０２７－２５５－６１７３】

福祉サービス苦情解決巡回支援申込書

令和　　年　　月　　日

群馬県運営適正化委員会　御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申込事業者）

住　　所

名　　称

代表者名　　　　　　　　　　　印

　福祉サービス苦情解決に関する巡回支援を下記のとおり申込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　対象施設名（法人全体でも可）※法人全体の場合は、対象施設(種別、名称)を記入してください。 |  |
| ２　相談を希望する事項があればご記入ください。 |
|  |

連絡先（担当者名、電話番号、ファックス番号を明記してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者　職　氏名 |  |
| mailアドレス |  |
| 電話番号 |  |
| ファックス番号 |  |