平成　　年　　月　　日

苦情申立書

（あて先）東京都板橋区保健福祉オンブズマン

申立人	住　　所	
	氏　　名	
	電　話　番　号	
	本人との関係・資格	

※本人	住　　所	
	氏　　名	
	電　話　番　号	

※　申立人と本人が同一の場合は記入不要

東京都板橋区保健福祉オンブズマン条例第10条の規定により、次のとおり申立てます。

申立ての原因となった事実のあった年月日	平成　　年　　月　　日
申立ての対象となる事業者等	
申立ての趣旨（概要）	
申立ての理由	別紙　□有　□無
他の制度への手続きの有無	□有（□区民相談　□請願　□陳情　□監査委員　□直接請求　□行政不服審査　□行政事件訴訟　□その他） □無

同　意　書

本申立てにあたり、保健福祉オンブズマンが、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が所管する＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に関する業務で保有している私の情報を利用することに同意します。

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

申 立 て の 理 由