

令和 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 | 令和 年 月 日 |
| 申立ての対象となる事業者等 | |
| 申立ての趣旨(概要) | |
| 申立の理由 | 別紙 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 他の制度への手続きの有無 | <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 区民相談 <input type="checkbox"/> 請願 <input type="checkbox"/> 陳情 <input type="checkbox"/> 行政不服審査 <input type="checkbox"/> 行政事件訴訟 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 無 |
| その他添付書類 | ・苦情申立をされる方へ ・個人情報の取扱いに関する承諾書(保健福祉オンブズマン宛) ・個人情報の取扱いに関する承諾書(板橋区長宛) |

申立ての理由は裏面のとおりです

